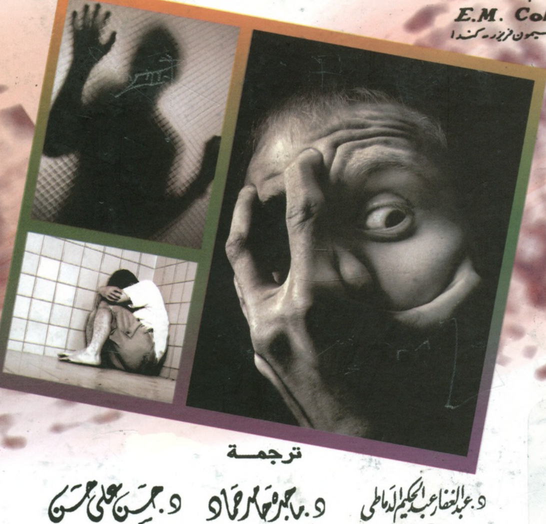
المدخل إلى
علم النفس المرضي الإكلينيكي

تأليف

إم . كولز

E.M. Coles

جامعة سيمون فريزر - كندا



ترجمة

د. عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي
كلية التربية - جامعة الملك سعود

د. ماجدة حامد حماد
كلية الآداب - جامعة القاهرة

د. حسن علي حسن
كلية الآداب - جامعة المنيا

مراجعة

أحمد محمد عبد الخالق
كلية الآداب - جامعة الإسكندرية



المدخل إلى
علم النفس المرضي الإكلينيكي

تأليف

إ. م. كولز

E.M. Coles

جامعة سيمون فريزر - كندا

ترجمة

عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي

كلية التربية - جامعة الملك سعود

ماجدة حامد حماد

كلية الآداب - جامعة القاهرة

حسن علي حسن

كلية الآداب - جامعة المنيا

مراجعة

أحمد محمد عبد الخالق

كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

٢٠١١











الإدارة : ٤٠ شارع سوتير - الأزاريطة - الإسكندرية

ت : ٤٨٧٠١٦٣

الفرع : ٣٨٧ شارع قنال السويس - الشاطبى - الإسكندرية

ت : ٥٩٢٣١٤٦

هذه هى الترجمة العربية الكاملة لكتاب

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY

AN INTRODUCTION

By

E. M. Coles

Routledge & Kegan Paul

LONDON

1982

اهداء

ينبغى لأولئك الذين يتوقون الى النجــاح أن يتوجهوا بالأسئلة التمهيدية الصائبة •

كتاب الميتافيزيقا ، لأرسطو II (III) ; i

أهدى هذا الكتاب الى تلك الوصفة الخاصة بطهى لحم النمر ، والتى تستهل كما يلى : « ابدأ أولا باصطياد النمر ••• » • كما أهديه الى الأستاذ Joad الذى إكتسب شهرة فائقة باستهلاله الاجابة عن كل سؤال وجه اليه بقوله : « ان الاجابة عن ذلك تعتمد على ما تعنيه بقولك ••• » اذ لم يوجد حل أبدا لمشكلة لم يتم تعريف مفهومها او تحديد مضمونها •

محتـويات الكتـاب

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

مقـدمة الترجمـة العربيـة

يعد علم النفس المرضى Psychopathology فرعا من الفروع المهمة لعلم النفس الحديث ، حيث يتميز بموقع بارز ومكانة مرموقة فى عصرنا الحاضر الملىء بالأحداث والاضطرابات ، والذى أطلقت عليه مسميات شـتى لعـل من أبرزها أنه « عصـر القـلق » • وعلى الرغم من أن الاضطرابات النفسية والامراض العقلية بمختلف أشـكالها وضروبها ليست وليدة « عصر القلق الحالى » — حيث وجدت منذ عصور تاريخية قديمة — فان تضافر عدد من العوامل أو توافر جملة من الاسباب فى هذا العصر قد أدى الى تزايد معدلات تلك الاضـطرابات والامراض وارتفاعها بشكل ملحوظ ، ومن بين هذه العوامل وتلك الاسباب : طغيان المادة ، والتكالب الشره على جنى ثمار الحضارة المادية التى نعيش فى خضمها اليوم ، وما يصاحب ذلك من فردية مسرفة وسلبية متطرفة ، وتفكك فى العلاقات الاجتماعية ، بالاضافة الى ما هنالك من مشـاعر سلبية مختلطة بالحقد والحسد والغيرة ، ومشاعر الوحدة والغربة وقلة الحيلة وسوء المنقلب • ونبادر الى القول بأن هذه كلها ليست أعراضا خاصة بعصرنا الذى نعيشه اليوم ، ولكن يمكننا — اعتمادا على الملاحظات العامة وانطلاقا من أرض صـلبة — أن نفترض ببساطة ذيوع تلك الاعراض السلبية والعلامات المرضية ، وارتفاع معدل انتشارها فى عصرنا الحاضر أكثر من أى وقت مضى •

لقد أتى على الانسان حين من الدهر — فى سنى البشرية الخضر — كانت مطالبه محدودة ولم تكن آماله مطلقة عراضا ، وتركزت جهوده فى تحصيل مقومات الحياة الاساسية والتى كانت قليلة من وجهة نظره،

كما تركزت فى التغلب على تحديات البيئة الطبيعية ، اذ حاصرته قوى الطبيعة ، وحصدته الاوبئة ، واعتقلته الحروب ، وسار معدل تقدمه بخطى وئيدة دون تحقيق طفرات كثيرة • ولقد أدى ذلك الى اشتداد اندماج الانسان آنذاك ببيئته وانشغاله بها عن نفسه ، حيث قل تفكيره فيها وضعف •

ثم تمخض القرن الاخير عن عصر تميز بسمات معينة وخصائص فريدة جعلته يبدو من نواح عديدة مختلفا عما سبقه من عصور عاشها الانسان • ولعل من أهمها تفجر المعلومات وغزارتها وزيادة حلقات التطور على طفرات الى حد يمكن القول معه بأن نتاج مكتشفات المائة عام الاخيرة توازى ما توصل اليه الانسان من مكتشفات فى بضع آلاف من السنين التى سبقتها • وعلى الرغم من تميز العصر الحالى بالسيطرة النسبية على قوى الطبيعة ، وانخفاض معدل انتشار الاوبئة ، وارتفاع التقدم فى التحكم فى الامراض ، وازدياد معدل الاعمار فانه مايزال عصرا يعج بالاضطرابات كأنه بحر لجى يغشاه موج ، كما أنه ــ كما يحلو لبعض المتشائمين تسميته ــ « زمن سيىء » ، اذ يزخر بمواطن التفجر كأنها قنابل موقوتة ، وتشيع فيه المشكلات الاقتصادية الحادة ، كما تعانى من انتشار البطالة فيه كل دول العالم الا قليلا ، وتتحارب فى ساحاته أكثر من أربعين دولة ، وتحدث فى المعسكر الشرقى الشيوعى تحولات سياسية كالزلازل ، ناهيك عن تلوث البيئة ، وانثقاب «الأوزون» ، وما صاحب ذلك وغيره من تغير ملموس فى الطقس ••• هذا بالاضافة الى تزايد معدلات الاضطرابات النفسية والعقلية ، وتدهو القيم ، وتأثر السلوك الخلقى الا نزرا يسيرا • والرأى لدينا أنه فى ظل هذا المناخ الفيزيقى غير المواتى ، وفى غمار تلك البيئة الاجتماعية الزاخرة بعزلة الافراد وفرديتهم ، وعلى المستوى الفردى الذى يتميز بتكاثر الاعراض وارتفاع معدل الاضطراب فان حاجة الانسان ماسة الى دراسة السلوك الشاذ بهدف تشخيصه للوقوف على أسبابه ووسائل علاجه • وعلى الرغم من توافر بعض المراجع العربية

فى علم النفس المرضى فانها قليلة فى عددها ، كما صدر معظمها منـــذ وقت غير قصير نسبيا • ومن هنا فقد وقع اختيارنا على المؤلف الحالى كمرجع مهم فى هذا المجال جدير بالترجمة والنقل الى العربية •

واذا عرفنا علم النفس المرضى بأنه الدراسة العلمية للســلوك الشاذ والمرض العقلى والنفسى فان مثل هذه الدراسة تشكل الاساس النظرى المتين لعدد كبير من التخصصات منها : علم النفس ، والطب النفسى ، والطب العام ، والتمريض ، وتربية الفئات الخاصة ، والخدمة الاجتماعية ، والقانون • وهى كلها فروع من المعرفة تتعامل بشكل أو بآخر مع من شذ سلوكهم أو ندت خبراتهم عن الاتجاه السوى السليم• وقد صدر هذا الكتاب فى عام ١٩٨٢م ضمن سلسلة « مداخل علم النفس الحديث » التى تصدر عن دار « روتلج وكيجان بول » للنشر (RKP) . ويعد تمهيدا شاملا لموضوعات علم النفس المرضى ومشكلاته ، حيث يقدم عرضا مفصـــلا للمجالات الاربعة الرئيسة التاليــة : التصنيف والتشخيص ، وعلم الاعراض ، وعلم أسباب المرض ، والعلاج • ولقد أقام الاستاذ «كولز» ــ مؤلف هذا الكتاب ــ تكاملا بين تاريخ علم النفس المرضى وما ساد فى أيامنا هذه من حقائق ونظريات أساسية ، كما يتميز كتابه على نحو بارز بتأكيده على التوازن بين شتى المداخل النابعة عن النظريات المختلفة أو الانظمة المتباينة فى هذا المجـــال • ولا يفوتنا أن نشير الى ســعة اطلاع مؤلف هذا الكتاب فى مجـــال تخصصه ، ويكفى أن نشير الى أن عدد المصادر التى رجع اليها قد زادت على ١٥٨٠ مرجعا •

كذلك فان هذا المرجع المهم يتسم بالاتجاه نحو ايضاح المفاهيم وفهم المبادىء الاساسية والعناية على نحو خاص بالتعريفات أكثر من اهتمامه بالسرد التفصيلى لاضــطرابات معينة وما هنــالك من طرق لعلاجها • كما يؤيد مؤلفه تعريف علم النفس بأنه « الدراسة العلمية للفطرة السليمة » ، ومن ثم فان هذا المؤلف يصلح مرجعا مقررا لطلاب المرحلة الجامعية الذين لم يتخرجوا بعد ، كما يعد مصدرا مهما لقطاع

عريض من القراء الراغبين في الحصول على معلومات مفيدة تتعلق بهذا المجال •

وقد ولد مؤلف الكتاب الاستاذ «كولز» فى انجلترا ، كما تلقى تعليمه بها ، ثم هاجر الى كندا عام ١٩٦١م • وله خبرة اكلينيكية واسعة فى كلا البلدين ، كما عمل مع الاطفال والراشدين ، وذلك قبل انضمامه الى هيئة التدريس بقسم علم النفس فى جامعة « سيمون فريزر » Simon Fraser ، بالاضافة الى عمله مستشارا سيكولوجيا لدى بعض المستشفيات •

وقد قام الدكتور عبد الغفار عبد الحكيم الدماطى بترجمة الفصول الستة أرقام ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ٦ ، ٧ • كما اشترك مع الدكتور حسن على حسن فى ترجمة الفصول الثلاثة أرقام : ٨ ، ٩ ، ١٠ • أما الدكتورة ماجدة حامد حماد فقامت بترجمة الفصول الخمسة أرقام: ٤ ، ١١ ، ١٢، ١٣ ، ١٤ • وتجدر الاشارة الى أن الزملاء الافاضل الذين اضطلعوا بمهمة الترجمة قد كشفوا عن درجة عالية ومستوى راق من الدقة والمثابرة والتعاون ورحابة الصدر ، على الرغم من الصعوبة الفائقة لأسلوب المؤلف ، والطول المفرط لجمله وعباراته طولا غير مألوف ، مما جعل مهمة الترجمة الملقاة على عاتق الزملاء مهمة شاقة ، وعسيرة حقا ، ولكنهم قاموا بها على خير وجه • وتقتضى الامانة القول بأن القائم على المراجعة قد قام بمطابقة كل عبارة مترجمة على أصلها الانجليزى • ونرجو أن يكون هذا العمل خالصا لوجه الله تعالى ، وهو نعم المولى والنصير •

ونحن نأمل الامل كله فى أن ينتفع أكبر عدد ممكن من القراء العرب بهذا المرجع القيم • والله من وراء القصد ، وهو وحده الهادى الى سواء السبيل •

الاسكندرية فى ١٩٩١/١/١ أحمد محمد عبد الخالق

تقـديم الطبعـة الانجليـزية

يفتن الناس دائما بسحر الامور الغريبة التى تجرى على نسق غير مألوف • ولكن علم النفس المرضى – بوصفه دراسة علمية للسلوك الشاذ – ليس مجرد دراسة للغريب الشاذ فحسب ، بل هو جزء من أحد فروع المعرفة الاوسع مجالا وهو علم النفس ، اذ هو فى حد ذاته جزء من الاساس النظرى لكثير من المهن المعترف بها رسميا • فالتربية الخاصة ، واصلاحيات الاحداث ، ووضع القوانين موضع التنفيذ ، والخدمة الاجتماعية ، وعلم النفس الاكلينيكى ، والطب النفسى ، بل الطب العام والتمريض كلها أنظمة ومهن تتعامل بشكل أو بآخر مع قطاع كبير من الناس ممن يعانون من خبرات أو أنماط سلوكية شاذة • وفضلا عن ذلك ، فان كثيرا من المهن والوظائف التى ارتبطت هامشيا فقط بالمهن المهتمة بالصحة النفسية للفرد أضحت تقترب تدريجيا من تلك المهن لتصبح أكثر ارتباطا والتصاقا بها منذ أن تزايد الاقبال على التخصص المهنى الدقيق الذى أوجد الحاجة الى العناية بالمريض على يد فريق يضم عديدا من المختصين فى مجالات مختلفة • وبناء عليه فانه من الواضح أن البدء بمدخل واسع الى المواضيع والمشكلات المتعلقة بعلم النفس المرضى ينبغى أن يبرهن على أهميته وقيمته بوصفه خطوة أولى على الطريق بالنسبة لكثير من الراغبين فى تخصصات أخرى عدا الاخصائى النفسى والطبيب النفسى • ويحاول المؤلف الحالى تزويد هؤلاء جميعا بذلك المدخل الواسع العريض الى علم النفس المرضى •

ولابد للكتب التمهيدية المقررة أن تخصص بالضرورة مقدارا كبيرا من صفحاتها لتعريف ما تتعامل معه من مصطلحات وتحديده • من ناحية

ثانية فان قليلا من الكتب المقررة فى علم النفس تقوم بتحديد موضوعها الاساسى للدراسة، ألا وهو الانسان • ونظرا لانطلاق تنظيم هذا الكتاب من مفهوم معين للانسان فانه من الضرورى اذن أن نجعل هذا المفهوم بينا جليا •

وقرب بداية القرن الحالى ، وفى أعقاب نشر أفكار «داروين» المتعلقة بتطور الجنس البشرى حاول كثير من العلماء تقديم تعريف للانسان يمكن من خلاله تمييزه عن الحيوانات الدنيا • ولقد سلموا جميعا بطبيعته الحيوانية الاساسية ، كما تألفت تعريفاتهم التى قدموها من قوائم تحتوى على صفات تحدد سماته الانسانية المميزة له على نحو فريد • ويمكن جمع تلك الصفات كلها تحت فئة أو أخرى من فئتين عامتين : فهى اما سمات نفسية كأن يوصف مثلا بأنه واع ، منطقى فى تفكيره ، ذكى ، أو سمات اجتماعية كأن يوصف مثلا بأنه اجتماعى ، متبع للقوانين والقواعد ••• الخ •

وعلى الرغم من الادراك المبكر للجوانب الثلاثة ــ الفيزيولوجى والنفسى والاجتماعى ــ لوجود الانسان فان القليل من الكتب المقررة هى التى قامت بتغطية تلك الجوانب على نحو متوازن • اذ مال معظم المؤلفين الى التأكيد على جانب واحد منها على حساب الجانبين الآخرين متأثرين على الارجح فى ذلك بخبراتهم الشخصية ، وفلسفتهم ومفهوم طبيعة الانسان لديهم أو بروح العصر وطابعه الحالى • وقد قمنا فى الصفحات التالية من هذا الكتاب بمحاولة تجنب مثل هذا القيد او التحديد ، حيث قمنا بتقديم مدخل تمهيدى واسع حقا لعلم النفس المرضى ، بحيث لا يقتصر على جعل تلك الجوانب المختلفة متكاملة مع بعضها بعضا فحسب ، بل انه يعمل كذلك على تكامل علم النفس المرضى مع كل من علم النفس والطب النفسى ، بالاضافة الى قيامه بدمج الجوانب والنظريات الحالية وايجاد تكامل بينها وبين سابقاتها التاريخية •

فاذا كان لهذا الكتاب من هدف تعليمى فانه يقوم بتزويد قارئه

بوعى وادراك لتنوع الموضوعات التى يغطيها تحت عنوان « علم النفس المرضى » ، كما ييسر له القيام بمقارنة وتقييم ناقدين للمناحى التى سلكها العلماء فى تعاملهم مع مشكلات السلوك الشاذ وعلاجه • فهــو كتاب يؤثر تصور المبادىء الاساسية وتفهمهما — وبخاصة التعريفات — على السرد المفصل لاضطرابات معينة وما تستلزمه من طرق علاجية ، بحيث يؤكد على المفاهيم الثابتة بالبرهان والدليل لا على الموضوعات الرائجة مؤخرا • كذلك فانه يقر بالاعتقاد الاساسى بأن علم النفس هو الدراسة العلمية للفطرة السليمة : حيث يعنى بدراسة ما يعرفه كل فرد بلغة لا يمكن لأحد أن يفهمها ،فهو بالتالى محاولات للترجمة والتوضيح فحسب ، وحتى يأتى الوقت الذى ندرك فيه أن التعبيرات العلمية ليست بديلا عن الافكار الواضحة فاننا لن نقــدر مطلقا أن النظريات الحديثة هى فى الغالب اكتشافات معادة لحقائق علماء النفس خلال عصور كل من أفلاطون وأرسطو ومونتينى وشيكسبير •••

ان القراء الذين هم على ألفة ودراية بكتب علم النفس المقررة فى العقود الحديثة من هذا القرن سيلفت انتباههم خلو هذا الكتاب من الصور الصقيلة اللامعة ، والحكايات النادرة الطريفة ، والسرد التاريخى لحالات متنوعة مما قد أصبح سمة مميزة لهذا النوع من الكتب • ولعل ذلك يرجع الى أن هذا الكتاب لم يعد ليكون بديلا عن حضور المحاضرات وتلقيها ، بل ليضيف اليها ويكملها ، بحيث يترك شيئا ما للأستاذ المحاضر مما يتوجب عليه ذكره فى تلك المحاضرات • بل وأكثر من ذلك فاننا نأمل أن يكــون الاسلوب الذى اتبعناه فى هذا الكتاب بالاضافة الى ايثارنا لعرض المبادىء الاساسية ومناقشتها ، وما قمنا به من تغطية شاملة للموضوعات — اننا نأمل من ذلك كله — أن يسفر عن كتاب مقرر يصمد فى مواجهة ما هنالك من تغيرات فى البدع والاشكال السائدة فى مجــال التأليف ، وأن يظل هذا الكتاب مصدرا للمعلومات المفيــدة للطلاب على مدى بعيد بعد أن ينتهوا من حضور المحاضرات •

كولــــز
E. M. Coles

شـــكر وتقـــدير

لقد قمت هنا فقط بجمع باقة منتخبة من الأزهار ، ولم أقدم من صنعى الخاص شيئا سوى الخيط الذي يضم أزهار تلك الباقة معا ٠

(ميشال ويكيم دو مونتينى ، ١٥٣٣ — ١٥٩٢)

هذا الكتاب ثمرة ما يربو بقليل على اثنى عشر عاما من العمل والجهد ٠ ففى فصل الخريف من عام ١٩٦٧م ألقيت على عاتقى مسئولية اعداد مقرر دراسى فى علم النفس لأقوم بتدريسه لطلاب السنة الثالثة من احدى كليات جامعة « سيمون فريزر » ٠ وكما هو معروف من تدريس معظم المقررات الدراسية لأول مرة على يد بعض أعضاء هيئة التدريس الذين يبدأون مستقبلهم المهنى بتدريس تلك المقررات فقــد بدأ تدريس هذا المقرر كمجموعة مختارة من الموضوعات المرتبطة ببعضها عموما ، والمتعلقة بما شعرت بأننى يمكننى التحدث فيه خمسين دقيقة مرتين كل أسبوع لفصل دراسى كامل ٠ ولقد تغيرت محتوياته وأهدافه تدريجيا من خلال القيام بالاجراءات التالية أثناء تدريسه : فلقد طلبت من كل مجموعة من الطلاب الذين تكبدوا عناء دراسته أن يبدوا رأيهم فيه بذكر الموضـــوعات التى كانوا يتمنون دراستها من خلاله لو أنه اشتمل عليها ، والموضـــوعات التى تمنوا حذفهـــا منه وعدم الزامهم بدراستها ، والموضوعات التى رأوا تخصيص وقت أقل أو أكثر لمناقشتها ودراستها ، بالاضافة الى تفكيرى فيما ينبغى اللجـــوء اليه من طرق لتحسين هذا المقرر وتطويره الى الافضـــل ٠ ولقد أجرى كثـــير من التعديلات الطفيفة كمحاولات لتقديم المحاضرات بأسلوب يضمن اتصالها

وارتباطها بسلسلة متوالية من الكتب المقررة والقراءات التى أقرت بهدف اعطاء الطالب شيئا ما أكثر واقعية وثراء للدراسة من مجـرد الكلمة المنطوقة ٠

ولم ينته الامر بهذا الكتاب الى ما هو عليه حتى خريف عام ١٩٧٤م ، حين تم تطوير هذا المقرر بوصفه برنامجا يسـتقل الطالب بدراسته معتمدا على نفسه مما استوجب جعل أهدافه التعليمية بينة واضحة بعد أن كانت ضمنية مضمرة ، وبما أدى به فى النهاية الى أن يصبح كلا مترابطا على نحو منطقى متماسك ٠

وانى لمدين بالفضل لبريندان ماهر (Brendan Maher, 1966, p. 2) الذى لفت انتبـاهى للفـرق بين علـم النفس المرضى وعلم النفس الاكلينيكى ، والذى اعتمد عليه هذا الكتاب ٠ حيث جاء فى شرحه لذلك:

> « أن الخبرة الإكلينيكية هى بمثابة الارض التى تنتج فروض البحث العلمى ٠ كما أن علـم النفس المرضى العلمى هو الاسـاس الذى تنبنى عليه الممارسة الاكلينيكية السليمة ٠ فدون أسـاس مستقر ثابت فى الحقائق اليوميـة للسلوك المنحرف يصبح البحث العلمى فى علم النفس المرضى مجدبا عقيما على الارجح ، كما يصبح عملا مقتصرا على التمسك الحرفى الشديد بالأساليب التقليدية الخاصة به ٠ وفوق ذلك، فان الانشطة الاكلينيكية التى لا ترتبط بقـواعد السلوك الاساسية ومبادئه تضحى عملا شاذا منحرفا عن أصوله ، لا يفهمه الا من قام به » ٠

وفى مختلف الاحوال والظروف فان الكتب المقررة التى صـدرت لاحقا قد أغفلت كلها تقريبا هذا الفارق ٠ فباختيارها « لعـلم نفس الشواذ » عنوانا لها قد أخفقت فى التفريق بين علم النفس والطب

النفسى اللهم الا فى الدرجة فقط ، وهى بالتالى كتب تطيل فى وصف الاضــطرابات النفسية والسلوكية التى تتعامل معهـا ــ وبخاصـة الاضطرابات الجنسية ، والجنسية المثلية (اشتهاء الجنس المماثل) ، والاغتصاب ، وغشيان المحارم ، وادمان المواد الكحـولية أو العقاقير والادوية ، والانتحار ــ بينما توجز فى تفسيرها لتلك الاضطرابات .

وقد تأثر هذا الكتـاب فى تنظيمه وأسـلوبه بالعـالم «أيزنك» (Eysenck, 1961 a) ، كما تأثر فى معالجته لمبحث الاعراض المرضية بالعالم «فيش» (Fish, 1967) ، بالاضافة الى تأثره بالعالم آرييتى (Arieti, 1959 a, 1974-5) فى تعامله مع أنواع العلاج وأساليبه . كذلك فان هذا الكتاب مدين بالكثير ــ فى أساسه المفهومى أو الفلسفى ومعالجته للعوامل المحددة للسلوك الشاذ ــ للعالم بيتيرز (Peters, 1960) لما قدمه من تحليل لمفهوم الدافعية ، ولوجهة نظره فى الانسان من حيث هو حيوان هادف متبع للقواعد والقوانين . ولكن الفضل الاكبر يرجع الى مئات عديدة من الطلاب الذين درسوا معى مقرر رقم ٤٣٠ « علم النفس » ، والذين تكبدوا المشقة والعناء بطريق أو بآخر ليدعونى أعرف وجهة نظرهم نحو هذا الكتاب .

القسم الأول

التصنيف والتشخيص

مقدمة

لقد ذكر الناس أن « الدليل على حلاوة طعم الحلوى يكمن فى تذوقها » .(Miguel De Gerventes, 1947-1616) واذا صح هذا القول فان البينة على فعالية علم النفس المرضى تكمن فى العـــلاج الناجح للسلوك غير السوى • ولكن على الرغم من أن هناك حاجة الى اراحة الفرد وتخليصه من آلامه الذاتية وتمزقه الاجتماعى المصاحب للمرض العقلى بحيث توفر للباحثين والمتخصصين المسوغ الاساسى لاجراء معظم البحوث ووضع النظريات فى مجال علم النفس المرضى فان العلاج الناجح يعتمد فى الغالب على ادراك السبب أو الاسباب المؤدية الى الحالة الراهنة للفرد • وطبقا لما أشار اليه «أيزنك» (Eysenck 1961 a, p. 1) فان ادراك السبب يعتمد بدوره على ادراك الاضطراب فى حد ذاته :

> « قبل أن يطلب منا البحث عن السبب المؤدى الى اختلال مهم أو اضطراب ما فانه يتحتم علينا أولا أن نكـــون قد قمنا بتحديد الاختلال أو الاضطراب الذى نحن بصدده مهما كان بسيطا ، وأن نتمكن من ادراكه وتمييزه عن غيره من زمل الاعراض الاخرى • ان مصطلح « لا سوى » أو « شاذ » Abnormal بوصفه تعبيرا مجردا يتضمن قاعدة من قواعد التصنيف بحيث لا يمكننا البحث عن أسباب « اللاسوية » أو « الشذوذ » ما لم يكن لدينا تصور ما لما نعنيه « بالعادية أو السوية » Normality ولأنواع الانحـــرافات التى اتفق على اعتبارها « غير سوية » •

ان مفاهيم «السوية» و «اللاسوية» وتعريفاتهما قد أحاط بهما جدل ونقاش كبير من قبل العلماء والمتخصصين • ولقد استهل «سكوت» (W. A. Scott, 1958) مقالة نقدية ببيان يتعلق بالعقبات الخطيرة التى تعترض طريق البحوث الخاصة بالصحة النفسية والعقلية والتى تتمثل فى عدم وجود تعريف واضح لما يبحث أو يدرس • وبعد ذلك بعشر سنوات أجبر «ثيودور وولسى» (Theodore Woolsey, 1968) مدير مركز الولايات المتحدة القومى للاحصائيات الصحية على عمل بيان مشـــابه يتعلق بمشكلات اصدار احصائيات الصحة العقلية • وقد ظلت هذه المشكلة موجودة فى السبعينيات حين كانت الحملة التى نظمتها رابطة الطب النفسى الامريكية تقوم بتنقيح دليلها التشخيصى الاحصــائى الخاص بالمصطلحات والاحصائيات المستخدمة فى هذا المجال وتعديله (Spitzer, Sheehy & Endicott 1977) (Spitzer & Endicott, 1976 ; كما أجريت آنذاك بحوث خاصة بفعالية العلاجات الطبيـــة النفسية (Strupp & Bergin, 1969 ; Bergin & Garfield, 1971 ; Strupp & Hadley, 1977).

وسنقوم فى هذا القسم بمراجعة مفاهيمية للجدل والنزاع الذى دار حول تعريف الشذوذ والصحة العقلية يتم من خلالها وضع اطار مرجعى لبقية فصول هذا الكتاب • وعقب ذلك سيقوم القسم الاول من الكتاب بعرض موجز لتصنيف الامراض العقلية والنفسية ، ثم يعقبه عرض للاجراءات التى يستخدمها أطباء الامراض العقلية والنفسية فى الوصول الى تشخيص ما لمريض معين •

الفصل الأول

مفاهيـم اللاسـوية والمـرض العقـلى

يعد تعريف اللاسوية أو الشذوذ والمرض العقلى أمرا حاسـما بالنسبة لعلم النفس المرضى وجميع المهن التطبيقية المتعلقة بالصـحة العقلية والتى تدين بوجودها للاسوية والمرض العقلى • وعلى الرغم من استخدام هذين المصطلحين بالمعنى نفسه غالبا فان هناك ميلا واضحا على كل حال الى استخدامهما فى سياق ومحيط مختلف •

« فاللاسوية أو الشذوذ » تميل الى أن تكون مفهوما نظريا من خلال المحاولات التى جرت لتعريفها من قبل الاكاديميين الذين يحاولون ذكر محكات المرض العقلى وما ينبغى أن تكون عليه • وهذه المحكات هى المفاهيم الاساسية والقواعد النظرية التى تشكل أساس المهنـة الاكلينيكية • من جهة أخرى فقد بذلت محاولات أخرى لتعريف المرض العقلى جرت بصورة نموذجية على يد الاكلينيكيين ، وهى بالضرورة محاولات لتعريف الممارسة الاكلينيكية الحالية • وسنتناول فى هذا الفصل كلا من المحاولتين بالنقد والتمحيص •

المفاهيم الأساسية للاسوية أو الشذوذ

تعد مراجعة المحكات المختلفة للمرض العقلى والتى ذكرت بشكل صريح أو ضمنى فى البحوث والتقارير التى أجريت خلال الخمسينيات من المراجعات التى يستشهد بها على نحو واسع فى هذا المجال • وقد قامت تلك المراجعة بتصنيف هذه المحكات الى ست فئات هى :

١ ــ التعرض لعلاج طبى نفسى •

٢ ــ التشخيص الطبى النفسى •

٣ ــ الاعراض النفسية الموضوعية •

٤ ــ سوء التوافق الاجتماعى •

٥ ــ اخفاق فى الكفاح الايجابى •

٦ ــ التعاسة الذاتية (W. A. Scott, 1958) • وتعد الفئتين الاولى والثانية محكات بحثية «ادارية» بحيث ينبغى النظر اليهما بصورة مستقلة منفصلة عن بقية الفئات • أما الفئات الاربع الاخرى فانها تحدد المفاهيم الاساسية للاســوية بجوانبها الثــلاثة البيولوجية ، والاجتماعية ، والذاتية النفسية على الرغم من تسليمها ضمنا بمفهوم رابع وهو المفهوم الاحصائى للاسوية •

الأعراض الموضوعية : المفهوم البيولوجى للاسوية

يمكن ارجاع الاهتمام المعاصر بتعريف المرض العقلى الى أواخر القرن الثامن عشر والسنوات المبكرة من القرن التاسع عشر ، والذى أشار اليه «هوبز» (Hobbs, 1964) بالثورة الاولى فى الصــحة العقلية أو النفسية • ويتمثل ذلك فى العمل الذى قام به أناس مثــل « بنيــامين رش » Benjamin Rush ، و « وليــام بــلاك » William Black وكــذلك « دوروثيــا دكس » Dorothea Dix خلال السنوات الاخيرة من القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر • ويعد ما قاموا به ذا أثر فى النظر الى السلوك غير السوى من منظور علمى بعد أن كان ينظر اليه من منظور دينى • وانطلاقا من المنظور العلمى يعد المرض العقلى عرضا ملازما للاسوية البدنية الاساسية ، فهو مجرد مرض مثله فى ذلك مثل أى مرض آخر بحيث يمكن علاجه بوساطة الاطباء • وهناك افتراض كامن فى هذا المفهوم مفــاده أن

«المرض» أمر عام وعالمى بالنسبة للجنس البشرى • وهذا يعنى أن المرض يحدث فى كل الحضارات والثقافات وفى المجموعات الاجتماعية الاقتصادية ، وان يكن حدوثه يتم بنسب مختلفة وبمعدلات متفـــاوتة . (Draguns & Phillips, 1971)

وبرغم أننا الآن فى الثورة الثالثة بما يلازمها من تأكيد على الوظيفة الاجتماعية وتفضيلها على الوظيفة البيولوجية فان هذا المفهوم للمرض العقلى هو الاكثر شيوعا على الارجح ، ولايزال يلقى تشجيعا وتأييدا من قبل كثير من جمعيات الصحة العقلية • وقد وضع على أساس من الفروق النوعية أو الكيفية بحيث يعين الظروف النوعية اللاسوية مع مراعاة تعريف السوية عن طريق المنع والاستثناء •

وقد تم التوصل الى التعريف البيولوجى للاســـوية عن طريق الملاحظات العديدة لحالات لاسوية متصفة بالشدة والخطورة وبخاصة تلك التى وجدت فى مؤسسات خاصة (Draguns & Phillips, 1971) ولهذا السبب فان صدق هذا التعريف يعد محل شك بالنسبة للمرضى غير المقيمين فى المستشفيات ، وكذلك بالنسبة لمن يمكنهم العيش والعمل فى البيئة العادية الاجتماعية برغم عدم سويتهم • ولكن القصور الرئيسى فى هذا التعريف يتمثل فى أنه لا يزودنا بمحك عام شامل جامع ، أو قانون عام ، أو قاعدة تمكننا من تحديد الظواهر النوعية التى تعد غير سوية • وان تعريف المرض العقلى على أنه أعراض نفسية يعد بالتالى تكرارا للمعنى لا يزيده قوة أو وضوحا •

السواء بالمفهوم الاحصائى

يعد المفهوم الاحصائى للسوية واللاسوية النقيض المضاد تقريبا للمفهوم البيولوجى الخاص بكل منهما • (انظـــر Foley, 1935) • وهو مفهوم كمى يقوم بتصنيف السلوك بدلا من تصنيف الامراض • كما يفترض تنوع سلوك مختلف الافراد طبقا لدرجات تختلف عن بعضها

اختلافات طفيفة ، بحيث يمكن ترتيبها عبر متصل continuum يتراوح — على سبيل المثال — من سريع الى بطيء ، ومن قوى الى ضعيف ، أو من كثير الى قليل ... الخ . فاذا افترضنا وجود مجموعة كبيرة من الافراد تم اختيارهم بطريقة عشوائية فان سلوك هؤلاء الافراد سيتوزع على طول هذا المتصل بحيث يأخذ شكل المنحنى الاعتدالى على شكل الجرس (قانون الخطأ العادى المنسوب الى «جوس» Gauss وبحيث يتجمع سلوك الغالبية العظمى حول النقطة المركزية وينتشر سلوك بقيتهم تجاه طرفى التدرج . ومن هنا تعرف العادية (السوية) بأنها السلوك الاكثر تكرارا ووقوعا بمعنى أنها تؤسس المعيار . كما يعرف الشذوذ (اللاسوية) بطريق الحصر والاستثناء .

ولم يذكر «سكوت» نفسه هذا المفهوم الاحصائى (Scott, 1958) ولكن صيغة ما من صيغ هذا المفهوم تعد متضمنة فى جميع تعريفات المرض العقلى التى تستخدم أى مقياس آخر غير المقياس الاسمى nominal . وقد طبقه «كيتليه» Quetelet لأول مرة فى القرن التاسع عشر على بيانات ومعلومات اجتماعية وبيولوجية (Offer & Sabshin, 1966) . ومن أفضل الامثلة لذلك ، الحالات البيولوجية التى تعتمد على متغيرات الارتفاع والوزن التى عرفت بوضوح ، وذلك مثل القزامة (أن يكون الفرد قزما) والعملقة (أن يكون الفرد عملاقا) والهزال والبدانة على التوالى . ولكن يمكن مشاهدة هذا المفهوم كذلك بوصفه عاملا مهما يحدد تشخيص الاضطرابات الوجدانية الاساسية (انظر الفصل الخامس) وبخاصة المرض الاكتئابى الهوسى الذى يتميز بالاستجابة الانفعالية القوية أو المتطرفة ، أو من حيث هو عامل مهم يحدد فى الحقيقة أى تشخيص ، لدرجة أن سماته لابد أن تكون موجودة لفترة ممتدة من الوقت حتى يمكن اعتبارها شاذة أو لاسوية أو أن يكون سمة مميزة للفرد فى عديد من الاوضاع المختلفة (Draguns & Phillips, 1971) .

وعلى الرغم من الدقة العلمية التى تنتج من قياس مقادير الاشياء وتحديدها بالاضافة الى استخدام الاعداد فان هناك وجوه قصــور واضحة فى هذا المفهوم ، اذ ان تعريف المرض العقلى على أســاس من الندرة الاحصائية فحسب يؤدى الى تكوين تحكمى لفئات منفصلة غير مترابطة — كالسوية واللاسوية — بحيث تكون بعيدة عما يفترض فيه أن يكون تغيرا مستمرا . كذلك فان هناك أنماط سلوك نادرة ولكنها تعد لاسوية أو شاذة . فالسير (على القدمين) الى مكان العمل هو نشاط يمارسه حاليا قليل من الناس ، ولكن لا يمكن لأحد أن يعد ذلك محكا للمرض العقلى (انظر كذلك : Zola, 1966) . وفضلا عن ذلك حين ينصب اهتمامنا على صفات كالذكاء أو المظهر البدنى مثلا فان أحد أطراف المتصل هو الذى يعد فقط غير سوى ، أما الطرف الآخر فانه يمثل حالة مثالية . اذن فعلى الرغم من أن الندرة الاحصائية قد تعد شرطا ضروريا فى مفهوم المرض العقلى الا انها بكل وضوح ليست شرطا كافيا .

سوء التوافق الاجتماعى : المفهوم الثقافى الاجتماعى

ان اعتبار بعض أنواع السلوك النادر احصائيا أعراضا دالة على المرض العقلى واعتبار غيرها غير مرضية بل حتى أنواع السلوك المثالية هو مثال للحكم النابع من قيمة اجتماعية . فالمرض العقلى يمكن اعتباره كذلك حكما نابعا من قيم ومبادىء اجتماعية .

ان مفاهيم كل من «الاعتلال» « sickness » و «السقم» « illness » و «المرض» disease تدل ضمنا على نوع من الاحوال أو الظواهر الكيفية نوعا ما والتى يمكن التعرف اليها بوضوح بحيث تختلف عن الظواهر العادية التى هى لاسوية طبيعيا . وهذه الفكرة أسهل فى الدفاع عنها على مستوى الاعراض — حيث يمكــن ملاحظة الخلل والنزيف والتورم والالتهاب والحمى — من الدفاع عنها على المستوى

السببى حتى على الرغم من امكانية الشك فيها (Kendell, 1975) لكن الجرثوم أو الميكروب الذى يسبب المرض ليس أكثر شذوذا ولا سوية من الجسم المضاد antibody الذى يصفه الطبيب لمعالجته ، فكل منهما له مكانه «الطبيعى» فى التوازن الحيوى البيئى (الايكولوجى) للطبيعة .

ان مفهومى «السقم» و «المرض» قد أوجدهما الانسان لتعريف هاتين الحالتين أو الظاهرتين حيث ينظر اليهما على أنهما يؤثران بصورة مناوئة معاكسة فى طول حياته ونوعيتها (Spitzer & Wilson, 1975) وينبغى معالجتهما من قبل الاطباء (Linder, 1965) ، ومن هنا يعدان أحكاما وآراء نابعة من قيم اجتماعية . وان دور هذه الاحكام والآراء معترف به على نحو جلى واضح فى المفهوم الثقافى الاجتماعى للمرض العقلى .

ويركز المفهوم الثقافى الاجتماعى للمرض العقلى على السلوك الاجتماعى للفرد والعلاقات المتبادلة مع الآخرين . وقد أصبح «بلوس» (Bloas, 1919) وكذلك « فنث » (Wundt, 1900-1920) و «بينيديكت» (Benedict, 1934 a, 1934 b) أنصارا كبارا لهذا المفهوم . وينص فى جوهره على أن المرض العقلى حكم نابع من تفاعل الفرد مع بيئته (Weissman, 1975) . وهو بالتالى يتغير من مجتمع الى آخر ومن عصر الى عصر (انظر مثلا : Blum, 1978) وينبغى ألا يحكم على السلوك فى بيئة واحدة طبقا لقيم بيئة أخرى .

وقد قدمت بينيديكت (Benedict, 1934 a) عددا من الامثلة لسلوك ينبغى اعتباره شاذا غير سوى فى المجتمع الغربى ، على حين يعد بصورة ايجابية موضع تقدير واحترام مجتمعات أخرى . فاحدى قبائل الهنود الامريكيين فى كاليفورنيا المعروفة بـ «الشاستا» Shasta تضفى هيبة واحتراما على كل من فارق الحياة وسط خبرات معينة من النشوة

والابتهاج الغامر والانفصال الروحى عن الواقع المادى المحيط به ، كذلك يعطى الناس فى «سيبيريا» قيمة واحتراما للنوبة المرضية التي تصيب الشامان (وهو كاهن يستخدم السحر لمعالجة المرضى ولكشف المخبأ وللسيطرة على الاحداث) باغمــاء تخشبى ، بالاضــافة الى المؤسسات الخاصة باللواط واشتهاء المماثل (ذكر أو أنثى) التى عرفها اليونانيون والرومانيون القدماء كما تعرفها كثير من القبائل الهندية الامريكية ، وكذلك ما تقوم به «الدابو» Dobu فى شمال غرب ميلانيزيا من اظهار البارانويا والهذاء ، وأخيرا هوس العظمة Megalomania الذى يبديه بعض هنود أمريكا الحمر بالساحل الباسفيكى فى أمريكا الشمالية أثناء مهرجاناتهم الشتوية التى توزع فيها الهدايا .

كذلك قامت «بينديكت» بوصف بعض أنواع السلوك التى قد يعدها المجتمع الامريكى عادية سوية ، فى حين تعد ضربا من الغرابة والشذوذ فى مجتمعات أخرى وكهستيريا القطب الشمالى (Novakovsky, 1924) ، واندفاع الفرد الى الشارع كالمجنون وقتل كل من يصادفه ســعرا كمــا فى الملايــو (Abraham, 1912 ; Van Loon, 1927, 1928 ; Adams, 1950-2, وغيرها من أنواع الشذوذ اللاسوية الموجودة فى مجتمعات أخرى والتى لا تتطابق مع أى سلوك فى المجتمع الامريكى . وقد قام «سكوت» (W. A. Scott 1958) بوضع محكه الخاص بسوء التوافق الاجتماعى معتمدا بوضوح على هذا المفهوم وذلك منذ أن ذكر أن (ص٣١) :

« التوافق يتحدد بالضرورة انطلاقا من معايير المجتمع بأكمله أو من معايير بعض الجماعات المحصورة بصفة أكثر داخل نطاق المجتمع . وطبقا لذلك فانه يمكننا أن نتصور تعريف التوافق بأنه الالتزام والتقيد بالمعايير الاجتماعية » .

وتختلف المعايير الاجتماعية المستخدمة فى تعريف المرض العقلى عن

المعايير الاحصائية التى أشرنا اليها مبكرا فى هذا الفصل ، وغالبا ما تذكر هذه المعايير الاجتماعية بعبارات تعبر عن مفاهيم نفسية وخلقية وقانونية (Szasz, 1960) كما تتبدى بسهولة واضحة فى الدراسات المتعلقة بالانتحار والقتل وجنوح الاحداث والطلاق ... الخ .

وفى الطب النفسى ترفض معايير المجتمع بأكمله غالبا لصالح الجماعات المحددة التى تعرف على أساس من العمر أو الجنس (ذكر أو أنثى) . وقدم «كيسلر» (Kessler, 1966, p. 69) فى مناقشته لمفهوم السوية فى الاطفال بايجاز وجهة النظر التحليلية النفسية التى توضح هذا المفهوم بصورة جيدة :

« فالطفل البالغ عمره عشر سنوات والذى يسلك سلوك طفل عادى عمره عامان ، قد يوسخ نفسه وملابسه ويبلل فراشه كما قد يبدو قاسيا جافا فى سلوكه . مثل هذا الطفل تكون قدرته على تحمل الاحباط ضعيفة، كما يبدى سورات الغضب، ويتحدث حديثا قليلا غير مميز أو غير واضح، كما يفكر بصورة غير منطقية . ومما لاشك فيه أن هذا السلوك يعد غير سوى بالنسبة لسن العاشرة ، ولكنه من ناحية أخرى يعد سويا بالنسبة لسن الثانية » .

وهذه الحجة يمكن أن تصدق على سلوك كل من المراهقين والمسنين ، فالمعايير الاجتماعية التى يجب أن يتوافق معها الفرد هى المعايير ذاتها التى ارتضاها أقرانه بحيث أصبحت شيئا ثابتا راسخا فيما بينهم .

ان حركة تحرير المرأة التى حدثت فى الستينيات من هذا القرن قد ألقت ضوءا قويا على ضرورة تقييم السلوك فى اطار من المعايير المتفق عليها بين أقران الفرد لا بالنسبة الى عمره فحسب بل بالنسبة

كذلك الى نوعه من ذكورة وأنوثة . فعلى وجه التحديد قامت هذه الحركة بتركيز الانتباه على عدم تلاؤم تقييم سلوك المرأة فى اطار من المعايير التى اصطلح عليها فى سلوكيات الرجال (Barry et al, 1957 ; Broverman et al, 1970). أو المعايير التى وضعها الرجال أنفسهم للمرأة. فبينما كان برود المرأة جنسيا يعد لوقت طويل شذوذا جنسيا فى النساء نجد أن قذف الرجل للمنى قبل بلوغ زوجته حد النشوة لم يكن يعد مشكلة خطيرة بالنسبة للمرأة الى أن أصبح من الممكن أن تصر النساء بالحاح على ضرورة اشباع رغبتهن من النشاط الجنسى (Salzman, 1973) .

وربما كان التقييد الاكثر تطرفا للمجتمع المأخوذ بعين الاعتبار قد تم من جانب الوجوديين (انظر الفصل العاشر) والمختصين فى العلاج السلوكى (انظر الفصل الثالث عشر) . وقد عارض « لينج » (Laing, 1967) اسناد التشخيص بصورة تقليدية الى خبير مهنى متخصص ، واقترح بدلا منه فهما شخصيا ذاتيا للمريض فى اطار من فهم علاقاته الاجتماعية ، فى حين أيد السلوكيون دراسة سلوكيات معينة تتعلق بالمرضى بصفة فردية .

ويعد الفشل فى التكيف أو الكفاح بصورة ايجابية — والذى وضعه «سكوت» (Scott, 1958) محكا للمرض العقلى أو النفسى — مثالا آخر للمفهوم الثقافى الاجتماعى . وقد أشار « زيلبورج ، هنرى » (Zilboorg & Henry, 1941, pp. 523-4) فى عرضهم النقدى لتاريخ علم النفس الطبى الى أن :

> « كل مريض عقلى يبدى صورة ما من عدم رغبته فى الحياة أو عجزه عن تقبلها كما هى عليه ، فكل مريض عقلى اما أن يرفض — بطريقة عدوانية — الحياة كما نحبها نحن ، بحيث قد اعتقد فيه أنه مبتدع منشق عن عقيدة أو ساحر أو

مشعوذ ، أو أن يستسلم بسلبية وخضوع لعجزه عن تقبل الحياة كمـا نراها نحن ، وبالتالى فقد أطلق عليـه انسان مسحور • وفى رأى الاصحاء عقليا من الرجال بما فيهم رجال الطب فان الفرد المريض عقليا مايزال يبدو اما ثائرا عنيدا متمردا على فطرتنا الثقافية السليمة التى تحكم على الاشياء بصورة صائبة وحصيفة أو انسانا ضعيف العقـل يستسلم لقوى أخرى غير فطرتنا وحسنا الثقافى السليم » •

فالحديث عن الفشل فى التكيف الايجابى بدلا من الحديث عن سوء التوافق الاجتماعى انما يؤكد المظاهر الايجابية للصحة كما يشابه المفهوم الثقافى الاجتماعى الذى أيده من اتجهوا اتجاها انسانيا اختباريا (قائما على الخبرة) فى هذا المجال وعلى رأسـهم «جاهودا» (Jahoda, 1953, 1955, 1958) وعلماء النفس وأطباء الامراض النفسية والعقلية (انظر الفصل العاشر) ، كما يؤكد سوية الفرد وتحقيقه لامكاناته بدلا من التأكيد على شذوذه وعدم سويته واعاقاته الشخصية •

ان استخدام مفهوم الشذوذ أو اللاسوية بمعناه الثقافى الاجتماعى يجعـل من الصعب التمييز بين المرض النفسى العقلى والانحـراف الاجتماعى ، بين الخبل والاجرام • فمن المقبول بصورة عامة أن يرتكب بعض الناس جريمة من الجرائم منتهكين بذلك القانون ومنحرفين بفعلهم هذا عن المعايير الاجتماعية ولكنهم برغم ذلك لا يعدون من الوجهـة النفسية العقلية مرضى • وليس أدل على ذلك من وجود دعوى الدفاع القانونى عن الخبل والجنون • ومع هذا فان تعريف المرض العقلى أو النفسى فى اطار من سوء التوافق الاجتماعى فحسب لا يتيح القيام بمثل هذا التمييز أو التفريق • وبرغم ذلك فقد ذكر «فولى» (Foley, 1935, p. 287) ما يؤيد المفهـوم الثقافى الاجتمـاعى الشذوذ أو اللاسوية بالمقارنة الى المفهوم البيولوجى حين أشار الى أنه :

« يجب كذلك أن ندرك بوضوح أن الشذوذ أو اللاسوية يعد — من وجهة النظر النفسية — ظاهرة سلوكية الى حد بعيد ، وهى تعتمد على استجابة معينة لمنبه معين • والحقيقة أن سوء تكون الفرد أو اختلاله من الناحية البنيوية أو توقف نموه بسبب سوء التغذية قد يعوق اكتسابه للأنماط السلوكية أو نموها أو أداءها لوظيفتها • ولكن محك الشذوذ أو اللاسوية النفسية حتى فى مثل هذه الحالات هو محك سلوكى • وينبغى ألا نخلط بينه وبين ما يرتبط به من مصاحبات تشريحية فيزيولوجية » •

وقد قام « زاز » (Szasz, 1969) بتقديم رأى مشابه لذلك فى تفريقه بين مرض الفرد من الناحية البدنية ودوره الاجتماعى • فقد يكون فرد ما مريضا بصورة خطيرة ولكنه يستمر فى أداء وظائفه بصورة عادية ، بينما قد لا يعانى أفراد آخرون من أى علة أو مرض بدنى ولكنهم يظلون يتنقلون من طبيب الى آخر طلبا للشفاء والمساعدة وفى الوقت نفسه يعجزون عن أداء عملهم أو مواجهة التزاماتهم الاجتماعية • وهذا هو التفريق بين المستويات المختلفة من التحليل — بين الكائن العضوى الفيزيولوجى وسلوكه — والذى استخدمه «ويجروكى» (Wegrocki, 1939) ، ولكن انظر أيضا « كانر » (Kanner, 1960) فى نقده لكل من المفهوم الثقافى الاجتماعى والمفهوم الاحصائى للشذوذ أو اللاسوية واللذين قدمتهما «بنيديكت» (Benedict, 1934 a) و «فولى» (Foley, 1935) •

وقد قام «ويجروكى» بمناقشة أنواع الاضطراب التى عدتها «بنيديكت» (Benedict, 1934 a) فريدة بالنسبة لمجتمعات أخرى • وقد وافق فى مناقشته لذلك على أن السلوك الظاهر يمكن تعديله عن طريق

بيئته الثقافية ، ولكنه حاول البرهنة على أن السلوك الظاهر هو مظهر ثانوى للشـــذوذ أو اللاسوية • فقد كان «ويجروكى» (Wegrocki, 1939, p. 175) معنيا بأن :

« النظرية الاحصائية لا تعتبر الا السلوك الفعلى الواقعى فقط والصادر عن الفرد بصورة تمكن ملاحظتها دون التعمق فى معنى هذا السلوك ومدلوله ، وبالتالى فان تطابقا خاطئا يتم اثباته وتوطيده بين أنماط سلوكية تبدو متشابهة ولكنها لا ترجع الى خلفية سببية واحدة » •

وقد اقترح «ويجروكى» (Wegrocki, 1939, p. 170) :

« عدم امكانية التسوية بأى وسيلة من الوسائل بين توهمات الذهانيين Psychotics وتوهمات الهنود الذين يعيشون فى الســاحل الشمالى الغــربى (من أمريــكا) • فالحيــل (الميكانيزمات) كالاقتناع بالفخامة والعظمة هى حيل شــاذة لا بمقتضى كونها صفات شاذة فريدة ولكن بمقتضى وظيفتها فى التنظيم الكامل للشخصية » •

ومن هنا فقد رفض «ويجروكى» المفهوم الثقافى الاجتماعى للشذوذ أو اللاسوية مفضلا المفهوم النفسى عليه والذى يؤكد دافعية الفــرد وعملياته التفكيرية •

التعاسة الذاتية : المفهوم النفسى

يعتمد المفهوم الثقافى الاجتمــاعى للشــذوذ أو اللاسوية على الانحراف عن بعض المعايير الاجتماعية ، ومن الضرورى عند استخدام هذا المفهوم أن نعين كلا من المعيار والمحك للانحراف أو سوء التوافق (Beilin, 1957) • وفى واقع الأمر فان الفرد الذى يقوم بتحديد المعايير والانحــرافات اما أن يكــون المريض نفسه أو أى فــرد آخر ذى

شأن كبير فى البيئة الاجتماعية للمريض كأن يكون قريبا له أو طبيبـا أو فردا من أفراد السلطة والقانون ... الخ " (Szasz, 1960) .

ولقد أصبح من المقترح أن يكون الفرد قادرا على القيام بتقييم نفسه بصفة أفضل من غيره (Mischel 1968, 1972, 1977) ، وبالنسبة لبعض أطباء الامراض النفسية والعقلية (منهم مثلا : « ثوماس زاز » Thomas Szasz و « هارى ستاك سوليفان (Harry Stack Sullivan) فان الطب النفسى بوصـفه طبـا نفسيا يهتـم بمشكلات الفرد الناجمة عن علاقاته بالآخرين ، كمـا يهتم بمشكلاته فى الحياة ، وبالقـرار الذى يتخذه فرد ما كى يتقبل الدور الاجتماعى للمريض . ومنذ عام ١٩٦٠ اهتم عدد كبير من مطبوعات « ثوماس زاز » بأنواع معينة من السـلوك كالانتحار واللواطة أو الجنسية المثلية وادمان الكحوليات والمخدرات ، ومثل هذه السلوكيات أصبحت توصـف بصفة تقليدية على أنها اضطرابات الخلق (انظر الفصل السادس) لكى توطد حق الفرد فى اختيار أسلوب حياته الخاص به (أو حقه فى اختيار طريقة موته كما فى حالة الانتحار) .

ويعد تأكيد « زاز » على الاختيار الشخصى مشـابها لاهتمام «ويجروكى» (Wegrocki, 1939) بالمظاهر النفسية للمرض العقلى وبالتنظيم الكامل للشخصية . وقد اقترح ويجروكى نفسه أن تكون الاستجابة الهذائية Paranoid الحقيقية ممثلة لاختيـار الشـذوذ أو اللاسوية (كأسلوب حياة) ، وذلك على العكس من السلوك الشاذ الواضح والمحدد اجتماعيا والذى ذكرته «بنيديكت» (Benedict, 1934 a) على أنه سلوك الزعيم «هايدا» Haida .

فاذا افترض أن اختيار الفرد لأن يسلك أو يتصرف بطريقة شاذة، أو اختياره لطلب العلاج النفسى والبحث عنه قد يتحدد عن طريق مشـاعره واحساسه بالضيق الذاتى — اذا افترض ذلك فان كلا من

« زاز » (Szasz, 1960, 1969) و «ويجروكى» (Wegrocki, 1939) و «سكوت» (Scott, 1958) يشـــير الى الشىء نفســـه ، ألا وهـــو المفهوم الذاتى النفسى للشذوذ أو اللاسوية .

ومن الصعب رفض هذا المفهوم ، ومثله فى ذلك مثل توهم المرض Hypochondriasis فاذا كنت تعتقد أنك أصبت به فانك ــ طبقا لتعريفه ــ مصاب به! وهناك حالات مثل الهوس mania والمفاهيم البنائية كالكبت والانكار ونقص التبصر الفعال والتى من شأنها أن تقود الى أنواع من الشذوذ لا تتسم بمشاعر نابعة عن الضيق الذاتى ، ولكن التمعن فى « التنظيم الكلى للشخصية » يمكن أن يزودنا بتأييد ومساندة لوجهة النظر القائلة بأن السلوك الناجم كان ــ على الرغم من ذلك ــ اختيارا للشذوذ .

ان الاعتراض الرئيسى على المفهوم الذاتى/النفسى للشذوذ قد يأتى من قبل المؤيدين للمفهوم الثقافى الاجتماعى ، وقد يؤيده وجود مفهوم كالشخصية المعادية للمجتمع . فمثل هؤلاء الافراد ــ والمشار اليهم تاريخيا بالسيكوباتيين أو بذوى الشخصية المريضة اجتماعيا ــ قد يتخذون قرارات معقولة منطقية للسعى وراء أهداف معادية للمجتمع لا يمكن منعهم منها أو الحيلولة بينهم وبين تحقيقها ، والتى من أجلها لا يظهرون ذنبا أو ندما عليها على نحو مميز (انظر الفصل السادس).

التعريفات الادارية والبحثية

يعد « التعرض للعلاج النفسى العقلى » و « التشخيص النفسى العقلى » ــ وهما المحكان الباقيان اللذان عينهما «سكوت» (Scott, 1958) ــ أكثر المحكات المستخدمة بصـــفة متكررة فى البحث فى اللاسوية والمرض العقلى . ولكنهما ــ كمفهومين للاسوية والمرض العقلى ــ يستخدمان بهدف التسهيل لا للتفسير أو التعليل .

التعرض للعلاج النفسى العقلى

ان معظم الدراسات التى تقيم علاقة متبادلة بين المرض العقلى والخصائص الديموجرافية بل كل الدراسات البيئية (الايكولوجية) تقريبا التى راجعها «سكوت» قد استخدمت الحقيقة القائلة بأن وضع الفرد تحت رعاية طبيب عقلى يعد محكا للمرض العقلى • وفى حين يعد ذلك تعريفا اجرائيا مناسبا للأهداف البحثية الا أنه يعانى من قصور أساسى فى البرهنة على أن الصحة النفسية والمرض العقلى هما مفهومان جامعان مانعان ، وأنهما فئتان متفرعتان بصورة ثنائية دون وضع شروط مسبقة لدرجات الصحة النفسية والمرض ، كما أن هذا التعريف لا يوفر محكا يستخدمه كل من المرضى فى طلب العلاج (انظر: (Zola, 1966)) ، أو الاطباء النفسيين فى قبول مرضاهم • وفى الحقيقة فانه لا يذكر شيئا عن طبيعة المرض العقلى أو مفهومه الاساسى •

التشخيص النفسى العقلى

يمكن التقليل من بعض نواحى العجز والقصور المرتبطة باستخدام التعرض للعلاج النفسى العقلى كمحك للمرض العقلى اذا كان المحك تشخيصا محددا ، فهذا فى الحقيقة ما يقوم الاطباء النفسيون بمعالجته، والمحكات بالنسبة لمعظم التشخيصات معروفة ، على الاقل فى مصطلحات أو عبارات عامة ، ومن المقبول بصفة شائعة أن بعض التشخيصات ، كالذهان مثلا ، تمثل درجة من الشذوذ أو اللاسوية أعظم من تشخيصات أخرى كالعصاب • ومع ذلك فان المحكات بالنسبة للتشخيصات العقلية النفسية المختلفة ليست محددة بدقة كافية ، كما أنها ليست مطبقة بصورة متسقة منتظمة تكفى لضمان درجة عالية من ثبات التشخيص • وبالتالى فان هناك ميلا قويا لدى مختلف الاطباء النفسيين وبشكل غير متناسب الى اعطاء المريض نفسه تشخيصات مختلفة (انظر الفصل الثالث) • وفضلا عن ذلك فان التحسن فى النوعية Specificity يرجع الى حقيقة

أن التشخيصات تعتمد على وجود الاعراض النفسية أو على واحد من المحكات الاخرى التى سبق ذكرها آنفا ٠

المفاهيم المتعددة الابعاد

لقد سبق أن ذكرنا فى بداية هذا الفصل أنه يمكن القيام بالتمييز بين نوعين من المحاولات التى هدفت الى تعريف اللاسوية أو الشذوذ٠ وقد ذكرنا هناك أن من هذه المحاولات ما ذكر محكات المرض العقلى وما ينبغى أن تكون عليه ٠ ومنها ما حاول أن يعرف المرض العقلى كما هو مسلم به حاليا ٠ وقد اتضح مما سبق أنه ليس هناك مفهوم وحيد للاسوية يعد محكا مرضيا بالنسبة للصحة العقلية أو المرض العقلى ٠

وقد لاحظ «سكوت» (Scott, 1968) عدم تلاؤم المفهوم البيولوجى فى التعامل مع « الوقائع والحقائق » ، وقد لاحظت الرابطة الامريكية للطب النفسى حين قامت بتنقيح نظامها التصنيفى خلال السنوات الاخيرة من السبعينيات (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977, p. 4) الطبيعة متعددة المتغيرات للمرض العقلى :

> « ان كل الاحوال التى تضمنها الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث DSM - III — فى مجملها — على أنها اضطرابات عقلية تشترك فى الخصائص والملامح الآتية : تطرف صيغتها أو تطورها بشكل تام ، كما أنها ترتبط مباشرة اما بالأسى والضيق والألم أو بالعجز ، فاذا انعدم هذان الاخيران فانها ترتبط بقصور فى التغلب على المشكلات البيئية التى لا يمكن تجنبها أو تحاشيها » ٠

أن مفهوم كل من الصحة النفسية والمرض العقلى يعكس أحكاما نابعة من قيم اجتماعية ، تلك الاحكام التى تعتمد على واحد أو أكثر من المظاهر الثلاثة الاساسية — البيولوجية والنفسية الاجتماعية —

للسلوك الانسانى ، وهما بناء على ذلك يعدان مفهومين متعددى الابعاد والجوانب •

ولقد أدرك «ويجروكي» (Wegrocki, 1939) الحاجة الى أكثر من مفهوم واحد فى تفسير الممارسات الطبية النفسية الموجودة ، ولكنه مال الى رؤية المفاهيم المختلفة بوصفها فاصلة مفرقة أو بوصفها بدائل• ولكن «سكوت» (Scott, 1958) — فى اقتباسه لكلوزين (Clousen, 1956) — رأى المفاهيم المختلفة بوصفها مترابطة ومتحدة تستخدم معا فى الوقت نفسه •

وقد أيد «سرول» (Srole. 1968) أنموذج المرض العقلى الذى يضم محكات سوء التوافق الاجتماعى والضيق والأسى الذاتى كما هو موضح فى شكل (١:١) • وكما أشار «سرول» فانه لا مجال للتساؤل عن الحالة العقلية للناس الواقعين فى الخليتين (أ) ، (د) ، اذ ان من يقعون فى الخلية (أ) يجتمع لديهم كل من محكى اللاسوية ، على حين لا يناسب من يقعون فى الخلية (د) أيا من المحكين • أما بالنسبة للبقية الباقية فان من يقع من الناس فى الخلية (ب) فانه من الممكن أن يكون منتهكا للمعايير الاجتماعية دون أن يشعر بأى ألم أو أسى أو ضيق ، ومن يقع منهم فى الخلية (حـ) فانه قد يحمل مشاعر الالم والاسى ولكنه برغم هذا مطابق للمعايير الاجتماعية • وان قبول من يقعون فى كل من

	+	—
+	أ	ب
—	جـ	د

أداء وظيفى يتميز بالعلاقات المتبادلة بين الاشخاص (+ / —)

أداء وظيفى نفسى (+ / —)

شكل ١ : ١ أنموذج ثنائى الابعاد للصحة النفسية والمرض العقلى كما أوجزه «سرول» (Srole, 1968)

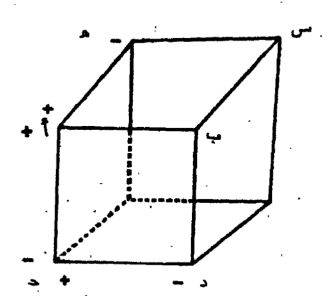
الخلايا الثلاثة (أ) ، (ب) ، (حـ) على أنهم يتسمون بالمرض العقلى قد يتضمن الاقرار بأنموذج فاصل مفرق ، فى حين أن قبول من يقعون فى خلية (أ) فقط قد يتضمن ــ على كل حال ــ أنموذجا موحدا •

ولقد أخذ «زوبين» (Zubin, 1967) فى اعتباره كل النقاط المذكورة أعلاه • كما أن «ويجروكى» (Wegrocki, 1939, p. 171) قد أدرك مظاهر السلوك الثلاثة التى أكد عليها فى هذا النص :

> ليست اللواطة أو اشتهاء المماثل نوعا مماثلا لذهان الاضطهاد أو العظمة كاستجابة عقليــة ناشئة عن مرض ، بل هى فى الحقيقة ليست استجابة عقلية ناشئة عن مرض على الاطلاق• وان شذوذ اللواطة لينشأ فى مستوى مختلف ، وهذا المستوى اجتماعى وبيولوجى على الاصح لا نفسى •

ولكن ربما كان استخدام «كولز» (Coles, 1975) لهذه المظاهر الثلاثة للسلوك فى بناء أنموذج للصحة النفسية أكثر وضوحا وجلاء ، والذى يعد امتدادا لأنموذج «سرول» (Srole, 1968) •

وقد قام «كولز» (Coles, 1975) بتوسيع أنمــوذج «سرول» للصحة النفسية والمرض العقلى حيث ضمنه المفهوم البيولوجى للاسوية أو الشذوذ ليؤسس بذلك فرعا ذا أبعاد ثلاثة كما هو موضح فى شكل (٢:١) • وقد سلم بأن الفئات التشخيصية الموجودة قد أسست على متغيرات اضافية كالأزمان Chronicity وتنوع الاسباب ••• الخ ، بالاضافة الى الابعاد الثلاثة العامة المستخدمة فى الانموذج • ولكنه اقترح برغم ذلك امكانية تعيين معظمها داخل الفراغ الثلاثى الابعاد والمحدد هكذا : فعلى سبيل المثال : يمكن تعيين الامراض الذهانية عند «ص» ، كما يمكن تعيين موضع الاضطرابات العصابية داخل المثلث المحدد بـــ «د ، ع ، س» مع الموضع المحدد الذى تقرره درجة الضعف



شكل (٢:١) أنموذج ثلاثى الابعاد للصحة النفسية
والمرض العقلى كما وضعه «كولز» (Coles, 1975)

الاجتماعى والبيولوجى (اذ يمكن للهستيريا على الارجح أن تكون أقرب الى « د » ، كما يمكن للاكتئاب العصابى أن يكون أقرب الى «ع») ، أما الشخصية المعادية للمجتمع والسلوك الاجرامى فانه يمكـــن تعيين موضعهما عند «جـ» ، وأما «هـ» فمن الممكن أن تمثل هذه الاضطرابات التى توجد لها أعراض بيولوجية فقط ، على حين يمكن أن تمثل « أ » صحة تامة .

ويفهم ضمنا من مفهوم «كولز» المتعدد الابعاد افتراض مفاده أن « الصحة النفسية » مفهوم متحد ومترابط Conjunctive ، الى حد أنه يعد عاديا ، بمعنى أنه صحى الى حد يرضى كل محكات السوية ، بينما « المرض العقلى » مفهوم مفرق فاصل disjunctive يستلزم الوفاء بأى محك واحد من محكات اللاسوية أو الشذوذ .

ان تضمين المفهوم البيولوجى يقدم مفهوما أكثر شمولية ، وهو مفهوم يتطابق مع الممارسة الطبية النفسية الحالية ، ولكن هذا التضمين يفعل ذلك على حساب التمييز الواضـــح بين المرض العقلى والمرض البدنى . ويرجع السبب فى ذلك ــ كما سنشاهد فى الفصل الثانى ــ

الى أن الممارسة الحالية لا تفرق تفريقا واضحا بين الاضطراب وأعراض ذلك الاضطراب ولا سببه كذلك ، اذ ليس من الواضح — مثلا — ما اذا كان « البرد العام » يعد وجودا لفيروس البرد فى جهاز المريض ، أو فى أنفه السائل ، أو فى الصداع ، أو العطاس ... الخ ، كما أن الفصام يحدد عادة على ضوء أعراض معينة يمكن ملاحظتها ، ومع ذلك فان الاطباء النفسيين قد تقبلوا مفاهيم مثل الفصام الكامن ، والفصام الذى عولج وتحسن ، وهى مفاهيم اعتمدت على أساس من استنتاج وجود الاضطراب فى غياب أعراضه التى يمكن ملاحظتها .

ويمكن فقط تفادى هذه المشكلة اذا عودل البعد البيولوجى بعمليات عقلية «موضوعية» كالادراك ، والتفكير ، وهى أنواع من الشذوذ ترتبط غالبا باصابة عضوية فى المخ (انظر فصل ٤ ، ٧) وكذلك اذا فسر البعد النفسى بصورة ضيقة على أنه ألم أو أسى أو ضيق ذاتى كما توضحه اضطرابات العمليات الانفعالية أو الوجدانية . ان القيام بذلك على كل حال قد يعنى عدم تعامل هذا النموذج من الآن فصاعدا مع الابعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، ولكن تعامله مع العمليات المعرفية والوجدانية والنزوعية . كما أنه لن يتوافق مع الممارسة الاكلينيكية الحالية .

المرض العقلى واللاعقلانية

قام «سكوت» (Scott, 1958) فى الصفحات الاخيرة من نقده ومراجعته بالتأمل فى السؤال القائل : هل يرجع المرض العقلى الى مفهوم وحدوى Unitary (ذى بعد واحد) أو الى تجمع مصطنع من الاضطرابات النوعية المختلفة أساسا ؟ وقد يبدو مما ذكر سابقا أنه اذا قمنا بالتمييز بين اللاسوية والمرض العقلى فان المرض العقلى يرجع اذن الى تجمع مصطنع من الاضطرابات النوعية المختلفة بصورة أساسية. ولكن الاجابة عن هذا السؤال تعتمد فى الحقيقة على الكيفية التى تعرف بها «الاضطرابات» .

ان الابعاد البيولوجية والاجتماعية والنفسية ليست مجرد مظاهر مختلفة للسلوك الانسانى ، اذ يمكن كما أشار «ويجروكى» (Wegrocki, 1939) اعتبارها ممثلة لمستويات مختلفة من تحليل السلوك . فتأكيد كل من «ويجروكى» و «زاز» (Szasz, 1969) على الاختيار الشخصى — على سبيل المثال — قد سبق اعتباره كما أسلفنا على أنه يقدم أساسا تصوريا للمحك السادس للمرض العقلى والذى قدمه «سكوت» (١٩٥٨) وأطلق عليه الالم أو الاسى أو الضيق الذاتى Subjctive distress . ولكن من الممكن البرهنة على أن الاختيار الشخصى هو فى حد ذاته المحك الاساسى للمرض العقلى (انظر مثلا (Bra,,,nsky et al., 1969 ; Ellis, 1962 : وأصحاب النظريات الاخرون الذين عرضت آراؤهم فى الفصل ١٠) وأن علم الامراض البيولوجية ، وسوء التوافق الاجتماعى والالم أو الاسى أو الضيق الذاتى هى اما وسائل مختلفة لجعل المفهوم الاساسى للاختيار الشخصى موضوعيا ، أو أنها تقدم البيانات والمع... ات الخام التى يستنتج الاختيار الشخصى بناء عليها . كما يمكن انظر الى الامراض البيولوجية كاصابة المخ والاضطرابات الايضية ، وما يحدث من نقص فى الفيتامين (انظر الفصل ٧) على أنها تسبب فى الاختيار اللاسوى ، وعلى أن سوء التوافق الاجتماعى اظهار لهذه الاعراض ، أما المشاعر الذاتية المتعلقة بالألم أو الاسى أو الضيق فهى نتائج مترتبة على هذه الامراض . وان مثل هذا التأكيد على الاحداث السلوكية والفيزيولوجية الموضوعية بدلا من المفاهيم العقلية يتسق بالتأكيد مع المحاولات النفسية لتصبح علما موضوعيا خلال السبعين سنة الماضية (انظر : (Bacan, 1965) .

فالاجابة اذن عن سؤال «سكوت» (١٩٥٨) تعتمد على ما اذا كان الاضطراب يعد العرض المرضى البيولوجى الذى يعجل بحدوث قرار شاذ ، أو القرار الشاذ ، أو سوء التوافق الاجتماعى والاسى والضيق الشخصى الدالين على هذا القرار بصفتهما عرضين من أعراضه ، وكما

سنشاهد فى فصول قادمة ، فقد أقرت كل الافتراضات أو النظريات • ويكفــى فى الوقت الحــاضر أن نســجل ما لاحظه «امانويل كانت» Immanuel Kant (انظر : Meichenbaum, 1977, p. 183) من أن :

« الخاصية الوحيدة الشائعة فى كل الاضطرابات العقلية هى فقدان الفطرة السليمة أو الحس المشترك common sense والتنمية التعويضية لشعور شخصى فريد (حسى شخصى) من التفكير » •

كما يكفى أن نلاحظ عبارة « مور » Moore, 1975, p. 1493) من :
« أن الجنون والمرض العقلى يعنيان اللاعقلية وعدم المنطقية، وقد عنيا ذلك تاريخيا • فكون المرء مخبولا مجنونا أو مريضا عقليا لا يعنى تصرفه بمعقولية أو منطقية تكفى غالبا لتوفر افتراض المعقولية ذاته بالنسبة له كما نفترضها بالنسبة لمعظم الآدميين • كما أن غياب مثل هذا الافتراض من المعقولية لا يمكن المرء من أن يكون محترما احتراما كاملا كفرد » •

فعـــلى الرغم من أن « المرض العقلى » Mental Illness يعد حكما نابعا من قيمة اجتماعية اعتمــادا على البيــانات والحقائق البيولوجية والثقافية الاجتماعية و/أو النفسية ، فانه يمكن أن يكون كذلك استنتاجا أو استدلالا على اللاعقلية وعدم المنطقية نستنتجه من تلك البيانات والحقائق •

قياس الصحة النفسية والمرض العقلى

تستلزم عملية القيــاس استخدام واحد من أنواع أربعــة من المقاييس : المقياس الاسمى والمقياس الترتيبى ، ومقياس الفئــات ، والمقياس النسبى (Stevens, 1951) ، وهذه الانواع الاربعة قد استخدمتكلها فى قياس المرض العقلى •

القياس الاسمى

يقوم القياس الاسمى Nominal ببساطة بتحـديد أنواع المرض العقلى ، بحيث يقدر الدرجات بـ «نعم» و «لا» بدلا من «أكثر» أو «أقل» • ويتميز هذا النوع من القياس باستخدام اجراءات التقدير الاكلينيكى الاعتيادية التى تستلزم المقابلة الطبنفسية (السيكياترية) ، بالاضافة الى مجموعة من المصطلحات والرموز التشخيصية الرئيسة (انظر فصل ٢ ، ٣) التى تتعلق كلية بوجود الاضطرابات المذكورة أو غيابها •

ولكن هناك من الاوقات غالبا ما يكون الحصول فيها على قياس الدرجة أمرا ضروريا ، بينما لا تسمح بذلك معرفة وجود الاضطراب أو عدمه فحسب • فمثلا عند تقييم فعالية اجراء علاجى (انظر الفصل ١٤) قد يكون من الضرورى مراقبة التغير فى حالة مريض معين أثناء فترة العلاج ، كما قد يكون ضروريا فى التخطيط لمنشأة للرعاية الصحية أن تثبت الحاجة النسبية لعلاج المرضى فى مناطق جغرافية مختلفة ، ففى ظل هذه الظروف قد يصبح من الضرورى أن نطور مقياسا ترتيبيا Ordinal على الاقل •

القيـاس الترتيبـى

قام « وايلر ، ماسودا ، هولمز » (Wyler, Masuda & Holmes, 1968, 1970) معتمـدين على عمـل « راهى ، هولمز » وغيرهمـا (Holmes & Rahe, 1967 ; Rahe et al., 1970) فى العلاقة بين المرض وضغوط الحياة (انظر فصل ٨) باستخدام مفهوم « خطورة المرض » لترتيب ١٢٦ مرضا من الامراض المعروفة • ولقد سلموا بصعوبة تحديد «خطورة المرض» وتعريفها، بصفتها «الفكرة الكلية الجشتالتية للمرض» والتىاشتملت على عوامل مثل المآل Prognosis الذى يحتمل أن يتخذه المرض، وكذلك مدة المرض وتهديده لحياة المريض، بالاضافةالىكل من درجة العجز ودرجة المشقة ، وفى الواقع لقد تركوا المحكات المعنية لرأى

مقدريهم الذين قاموا بالعمل معهم. فلقد طلبوا من ١١٧ شخصا من الاشخاص المدربين تدريبا طبيا و١٤١ شخصا آخر من المدربين تدريبا غير طبى أن يقوموا بتقدير كل مرض من الامراض مستخدمين مقياسا من النوع المفتوح النهاية Open-ended ذا صلة بمرض قرحة المعدة، والذى أعطى قيمة تحكمية مقدارها ٥٠٠ ، ولم يكن هناك من تعليمات سوى :

« قم من فضلك بتقـــدير كل مرض من الامراض المثبتة فى القائمة الآتية طبقا لخطورتها النسبية . استخدم فى تقديرك لهذه الامراض كل ما لديك من خبرة حيثما أمكن تطبيق ذلك. استخدم كذلك ما تعلمته فى (تصورك) لما تكون عليه حالة الآخرين (المصابين بأحد هذه الأمراض) . حاول بكل جهد أن تعطى رأيك فى الدرجة المتوسطة لخطورة كل مرض لا فى درجة خطورته الشديدة . علما بأنه ليست هناك اجابة صائبة أو خاطئة فى هذا التقدير » .

وهذا الاجراء يتسق مع تعريف الصحة والمرض باعتباره حكمـــا نابعا من قيمة ما ، ومن خلال الحصول على الاراء الذاتية لمجموعة من الناس فيما يتعلق بالحالات الحيويه العصويه Biophysical فان هذا الاجراء يشتمل على الابعاد الثلاثة للمفهوم . ولكن نقطة الضـــعف الاساسية فيه هى أنه ـــ عند تجاهل مدى الخطورة التى يقدمها كل مرض ـــ لا يمكن استخدامه للحصول على تقديرات فردية داخليـــة يحاول الفرد فيها مقارنة التغير الذى يحدث بمرور الوقت فى حالة فرد معين . كما أن هناك امكانية يحتمل حدوثها : وهى أن مرضا ما من الامراض البسيطة فى صيغتها قد يكون عاليا فى رتبته التى حصل عليها من حيث خطورته المقدرة ، ولكن من الجائز أن يكـــون هذا المرض فى الحقيقة أقل خطورة من مرض حاد فى صيغته ذى مرتبة أخفض من حيث خطورته المقدرة .

وفضلا عن ذلك فان المقياس الاسمى ــ من حيث كونه مقياسا اسميا متصلا بالامراض لا بالناس على الاصح ــ لا يسمح بمقارنة الحالة النسبية لفرد ما يعانى من اضطراب واحد خطير جداً بحالة فرد آخر يعانى من اضطرابين أقل خطورة •

قيـــاس الفئات

لقد حصل «هينكل» وآخرون (Homes & Rahe, 1967) على مقياس فئات Interval measurement وذلك عن طريق التفريق بين « خطورة المرض » seriousness و « قسوة المرض » Severity ومن خلال وضع محكات اجتماعية وبيولوجية دقيقة وقد قاموا (ص٣٣١) بتعريف خطورة المرض بأنها « الاحتمال القوى بأن سلسلة أحداث المرض أو أدواءه الثانوية التالية سوف تؤدى الى موت الفرد اذا لم تعالج ، كما استطاع «هينكل» وغيره أن يعطوا هذا التعريف صفة الموضوعية بتقدير الاحتمالات الوبائية • وقد قاموا كذلك بتعريف قسوة المرض بأنهــا « درجة العجز » ــ أى مدى عجــز الفرد عن القيام التــام بدوره الاجتماعى والمحافظة على وظائفه البدنية العادية ــ التى قيست بعدد الايام التى انقطع فيها عن عمله •

قيـــاس النســبة

طبقا لما أشار اليه «كولز» (Coles, 1975) اذا كان مفهوم الصحة يعتمد على نموذج مترابط متحد يعدُ فيه الفرد مريضا حين يتجاوز المحك فى أى متغير من المتغيرات الوثيقة الصلة فانه من المنطقى حينئذ أن يكون المقياس الوحيد الصادق لدرجة الصحة والمرض هو عدد المتغيرات الوثيقة الصلة التى تكون فوق مستويات المحك أو تحته • فهذا مقياس نسبة Ratio • وتبعا لمدى ما لاحظوه من عدد الاعراض الموجودة فان المقياس النسبى هو أساس معظم الاستخبارات السيكولوجية والطبية

النفسية وقوائم التقـــرير الذاتى كقائمة مينيسوتا متعـــددة الاوجه للشخصية MMPI (Hathaway & Mckinley, 1940, 1943) •

وفى تأمل المشكلة من طرفها الآخر بجوانبها المتعددة ــ والذى يتمثل فى تقييم آثار العلاجات الطبية النفسية بدلا من التشخيص ــ لا يشير « سترب ، هادلى » (Strupp & Hadley, 1977) الى مظاهر السلوك أو أبعاده ، بل الى الاطراف المهتمة كالمجتمع والفرد المريض بالاضافة الى اخصائى الصـــحة النفسية • وتبعا لذلك فقـــد اقترح « سترب ، هادلى » مقياسا لحالة الصحة النفسية يبدأ من : « فرد تسير وظائفه سيرا حسنا ، متوافق ، فى صحة نفسية مثالية » ، الى « مريض عقليا بوضوح » • وطبقا لعدد الاحكام (الآراء) الايجابية التى تلقياها من الاطراف الثلاثة المهتمة بالمسألة فقد أشـــارت ثلاثة آراء ايجابية الى صحة نفسية أمثل ، وأشارت ثلاثة آراء سلبية الى مرض عقلى واضح •

وفى اعتبار حالة الفرد ووضعه ــ على العكس من طبيعة الامراض والاضطرابات المعينة كما فعل «سترب ، هادلى» (١٩٧٧) ــ هنـــاك احتمال بأن تعوض جوانب القوة فى أحد المجالات عن جوانب الضعف فى مجال آخر • فالمهارات الاجتماعية الجيدة مثلا قد يمكنها التعويض عن مشاعر القلق الذاتية • وبطريقة تبادلية : قد تقرر سمة شخصية معينة ما اذا كان فرد ما سوف يتخذ دور المريض على حين أن شخصا آخر ــ مبتلى بالاضطراب ذاته ــ يحيا حيـــاة عادية • ولم يفكـــر «سترب ، هادلى» فى هذا التفاعل الممكن • فعلى الرغم من أن جمع عدد الاعراض لتقديم مقياس للصحة والمرض قد يكون أمرا ذا معنى وهدف ، فان الجمع البسيط لثلاثة تقديرات مختلفة عن الصحة يعـــد تبسيطا زائدا للقضية • ولكن هناك مشكلة فى كلا المحاولتين لوضـــع مقياس للصحة النفسية/والمرض العقلى عن طريق تدوين عدد المتغيرات الوثيقة الصلة التى تقع تحت مستوى المحك ، وهى أن ذلك مناقض

للاستخدام والفهم العاديين • فالفطرة السليمة تدرك أن الفرد الذى يعانى من اضطراب واحد خطير كالسرطان أو الاكتئاب الذهانى هو أقل صحة من فرد يعانى من اضطرابات بسيطة متعددة كسوء الهضم ، وظفر القدم الغارز فى اللحم والصداع • فمقاييس التقـدير وتلك الاستخبارات التى تتطلب ممن يجيب عنها أن يسجل تكـرار وقوع العرض أو مداه بدلا من وجوده أو عدم وجوده فقط (انظر الفصل الثالث) تحاول التعامل مع هذا البعد من المفهوم باعطاء درجة عالية للحالة الاكثر قسوة وخطورة أو الاكثر تكررا وترددا •

مشكلات مفاهيمية

سوف نعود الى مسألة قياس الصحة النفسية/والمرض العقلى مرة أخرى فى الفصل ١٤ عند النظر فى تقييم فعالية العـلاجات النفسية الطبية ، ولكن عمل «سترب ، هادلى» (Strupp & Hadley, 1977) قد ألقى ضوءا قويا على مشكلة مفاهيمية أساسية •

وفى العلاج الطبى النفسى هناك ثلاث وحدات مختلفة من القياس أو ثلاثة مستويات من التحليل وهى : السلوك ، والناس ، والامراض• ومفهوم الصحة/أو المرض انما هو استدلال أو استنتاج عن الشخص يعتمد على ملاحظة السلوك و/أو الامراض • ومن وجهة نظر كل من العـلاج والبحث العلمى ينبغى أن ندرك أنه على الرغم من امكانية قياس درجة كل من الليـاقة البدنية والتوافق الاجتماعى ، والأسى أو الضيق الذاتى بل حتى عدد الاعراض والشكاوى فان قياس درجة الصحة ــ نفسية كانت أو بدنية ــ أمر غفل من المعنى والمدلول •

فما لم يتم تعيين محك ما فان التساؤل عما اذا كان فرد ما أكثر أو أقل صحة من فرد آخر يشبه التساؤل عما اذا كانت البرتقالة أكثر أو أقل «فاكهية» من التفاحة • فاذا تم تعيين محك فان الشىء الذى

يقاس حينئذ ليس هو الصحة بل أحد مظاهرها ، فالصحة كمفهـوم هى مثل الحمل أو الحبل : اما أن تكون سليما صحيحا أو لا تكون ، ولا يمكن للفرد أن يكون فى حالة وسط بينهما •

كذلك فانه ينبغى أن نلاحظ أنه عند قياس الابعاد المختلفة للصحة ــ اذا كان الاستقلال مطلوبا الى أقصى حد ــ فانه من المهم أن تقاس هذه الابعاد عن طريق « أطرافها أو فرقائها الخاصين المهتمين » • أن الممارسة الاكلينيكية والبحثية الشائعة التى تطلب من المريض اكمال استخبار أو قائمة عن المشاكل البدنية و/أو الاجتماعية تسفر بشـكل ثابت عن الاقتـدار والكفاءة النفسية التى تزودنا بالمصدر الرئيس للتباين • وهذا واضـح من طريق قائمة مينيسوتا متعـددة الاوجه للشخصية ، فان العامل الاول فى هذه القائمة ، والذى يتكـون من تسعة وثلاثين بندا حددها «ويلش» (Welsh, 1956) بأنها المصدر الرئيس للتباين المنتشر خلال أكثر من ٥٠٠ بند من بنـود المقاييس الاكلينيكية الاساسية • كما يتضح ذلك من مراجعة « جينكينز ، ليكين » (Jenkins & Lykkin, 1957) لمقياس «تايلور» للقلق الصريح MAS والذى لاحظا فيه أن هذا المقياس الاخير يقيس متغيرا سماه «آيزنك» Eysenck بالعصابيه ، ووصفه «جينكينز ، ليكين» بأنه ميل الفرد الى اعتبار نفسه مريضا عقليا • وهذا الاستقلال موجود ــ على الاقل من الوجهة النظرية ــ فى الاجراء المعيارى للتشخيص الطبـى النفسى ، والذى أوجزناه فى الفصل الثالث •

ملخص واستنتاجات

يعرف « المرض العقلى » ، طبقا لتعريفه حاليا من قبل الممارسة الطبية النفسية ، بأنه مفهوم متعدد المتغيرات بحيث يدمج بيـانات وحقائق بيولوجيه ، واجتماعية وثقافية وسيكولوجية ، فهو فى حد ذاته

لايميز تمييزا واضحا بين المرض العقلى والبدنى• فاذا وجد مثل هذا التمييز فانه يمكن تعريف المرض العقلى بأنه حكم نابع من قيمة تتعلق بالحاجة الى تدخل للتصحيح يعتمد على كل من الخواص النوعية والكمية لسمات الفرد الاجتماعية و/أو السيكولوجية مع انعدام جوانب الشذوذ البيولوجية العضوية المعجلة بحدوثه •

وهذا التعـريف يسمح بايجـاد فارق مميز بين المرض العقلى والاجرام • وعلى الرغم من تسليم هذا التعريف بأن السلوك الاجرامى يمكن أن يكون عرضا دالا على المرض العقلى ، شأنه فى ذلك تمـاما شأن الشذوذ العقلى الذى يمكن أن يكون عرضا دالا على المرض البدنى، فان هذه التفرقة تعتمد بصـفة جوهرية على مدى ارتبـاط السلوك بالمعقولية والتحكم الارادى (انظر الفصل السادس) : فسلوك المرض العقلى يعد غير منطقى ولا معقولا ، على العكس من السلوك الاجرامى الذى يعد مظهرا للنية الارادية الواعية وكاشفا لها •

أما فيما يتعلق بالقياس فانه من الممكن قياس درجة اللياقة/السلامة البدنية ، ودرجة التوافق الاجتماعى ودرجة الأسى أو الضيق الذاتى ، كذلك فانه يمكن قياس قسوة المرض وخطورته • ولكن نظرا لطبيعـة المفهوم فانه لا يمكن قياس درجة الصحة •

الفصل الثانى

التصنيف التشخيصى

هناك مثل قديم يقول بأن « الدليل على حلاوة الحلوى يكمن فى تذوقها » ، واذا صدق هذا المثل فان البرهان الاساسى — اذن — لعلم النفس المرضى يجب أن يكمن فى العلاج الناجح للسلوك الشاذ أو غير السوى . ولكن هذا العلاج الناجح فى مجالات الاختصاص الطبية يعد بشكل مثالى معتمدا على ادراك السبب (أو الاسباب) ومعرفته . وكما أشار «أيزنك» (Eysenck, 1961, p. 1) :

> **قبل التمكن بصورة معقولة من أن يطلب منا البحث عن السبب فى اضطراب أو اختلال وظيفى معين يجب أن نكون قد عزلنا الاختلال الوظيفى أو الاضطراب الذى هو محل للتساؤل ولو كان ذلك بطريقة غير كاملة ، كما يجب أن نكون قادرين على معرفته وادراكه وتمييزه من الزملات Syndromes الاخرى .**

أو كما عبر كاتل (Cattell, 1940) عن ذلك ببلاغة واحكام : « ان تصنيف الامراض يسبق بالضرورة معرفة أسبابها المتنوعة » .

وقبل مناقشة أسباب اللاسوية والمرض العقلى فى الفصول من ٧ — ١٠ ، ثم بعدئذ مناقشة طرق العلاج فى الفصول من ١١ — ١٤ سوف يتحتم اذن مناقشة المحاولات التى بذلت لتحديد أنواع المرض

العقلى المختلفة وعلاقاتها بعضها ببعض ، أى بعبارة أخرى ، مناقشة تصنيف الامراض العقلية • وسيقدم هذا الفصل بايجاز القواعد العامة للتصنيف التشخيصى ، كما سيقوم بوصف البرامج التصنيفية الرئيسة المستخدمة فى العالم المتحدث باللغة الانجليزية • وسيكون لهذا الفصل هدف ضمنى يتمثل فى الايضاح بأن مثل هذه البرامج التصنيفية لا يمكن الحكم عليها بأنها صحيحة أو خاطئة ، ولكن يكون الحكم عليها بقدر تحقيقها لأهدافها المذكورة •

التصنيف التشخيصى

فى دراستنا واعتبارنا للتصنيف التشخيصى هناك أربعة مصطلحات ينبغى تعريفها ، وهى :

التصنيف فى حد ذاته Classification •

مجموعة المصطلحات أو الرموز Nomenclature •

علم تصنيف الامراض Nosology •

علم التصنيف Taxonomy •

فالتصنيف هو عملية التقليل من تعقد الظواهر بترتيبها فى فئات طبقا لبعض المعايير الموضوعة لهدف واحد أو أكثر «سبيترز ، ويلسون» (Spitzer & Wilson, 1975) ، فالاشياء المختلفة المصنفة والقابلة للتمييز حين تجعل متساوية فانها تجمع فى فئات • كما يستجاب لها من حيث انتماؤها الى الفئات على الاصح لا من حيث تفردها بذاتها (Bruner, Goodnow & Austin, 1956) وبناء على ذلك فان التصنيف شكل من أشكال تكوين المفهوم ، يستخدم كلما بذلت محاولات للسيطرة على البيئة • وهو أساس اللغة ، فكل الاسماء تقوم بتعريف الفئات • وهو سمة للمراحل الاولية فى كل علم ، والتى يقوم خلالها الباحثون بمحاولة ترتيب بياناتهم عن طريق تصنيف ملاحظاتهم (Wolf, 1929, Martin, 1977)

أما أسماء الفئات أو المراتب التى تم تأسيسها ووضعها عن طريق البرنامج التصنيفى فانها تسمى « مجموعة المصطلحات أو الرموز » • ففى حين قد يقوم البرنامج التصنيفى باستخدام قواعد معينة تشير الى كيفية انتساب مراتبها أو فئاتها المتنوعة الى بعضها بعضا ، فان مجموعة المصطلحات والرموز هى مجموعة تحكمية من المصطلحات الفنية (Spitzer & Wilson, 1975) .

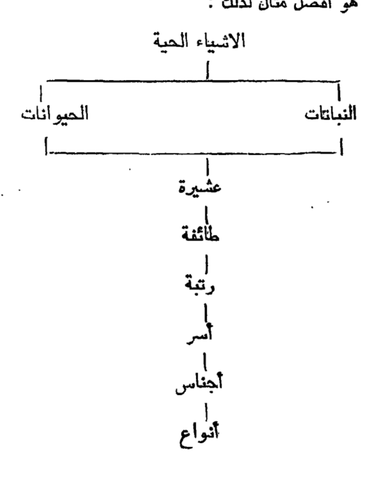
ومن ناحية أخرى فان « علم تصنيف الامراض » هو نوع معين من التصنيف ، انه تصنيف الوحدات المرضية Disease entities فى الطب (Spitzer & Wilson, 1975) • أما دراسة المبادىء العامة للتصنيف فهى العلم الذى يبحث فى التصنيف ، أو « علم التصنيف » •

والتصنيف فى أبسط صورة يعمل كنظام لحفظ الإوراق وترتيبها (Jellinek, 1939) ، فهو مجموعة تحكمية من النعوت والبطاقات التى تبيح التعامل مع البيانات والحقائق براحة وسهولة ، كما تيسر عملية التواصل ، ولكنه لا يضيف شيئا الى فهمنا للظواهر المصنفة • وكمثال لهذا النظام التصنيفى الاساسى قام شاكو (Shakow, 1968) بذكر زميل قام بترتيب الكتب على الارفف طبقا للون غلافها ، ولقد كانت نتيجة هذا الترتيب سارة من الناحية الجمالية ، ولكنها من الناحية الفكرية كانت عقيمة غير مثمرة •

ويحاول التصنيف العلمى الذهاب الى ما وراء نظام ترتيب الاوراق والمطبوعات باستخدام النعوت والبطاقات التى تتضمن علاقات معينة بين الفئات المختلفة • كما تتضمن سمات لا تبدو فورا (بشكل مباشر) من البيانات والحقائق القابلة للملاحظة • فمثل هذا النظام التصنيفى ييسر استيعاب الظواهر والسيطرة عليها (Howells, 1970 ; Draguns & Phillips, 1971 ; Spitzer & Wilson, 1975) • وكما أشار

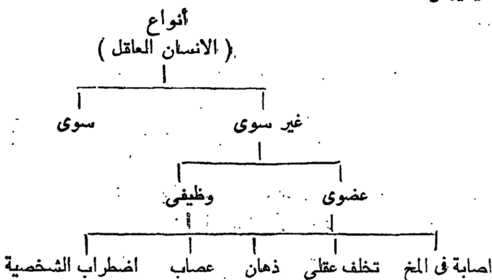
«جيلينيك» (Jellinek, 1939) ، فان هذا النظام « هو نتيجة الفهم العميق ، بل انه يعد حتى مصدرا لفهم أعمق » .

فالبرامج التصنيفية ومجمــوعات الرموز والمصطلحات فى الطب النفسى قد مالت الى اظهار المفاهيم الحالية للاسباب المتنوعة للامراض، وهذه المفاهيم قد أصبحت بيولوجية على نحو مميز . لقد اعتمدت على الافتراض الضمنى الذى مفاده أن مرضا ما هو وحدة قابلة للتعبين والاثبات ، وقد وجد بفعل الطبيعة(*) ، وأن عمل العالم فى بناء برنامج تصنيفى كان اكتشاف المعادلة أو الصيغة الطبيعية لخالق العالم . وربما كان تصـــنيف الاشياء الحيـــة الذى قدمه «لينـــايوس» (Linnaueus, 1707-78. هو أفضل مثال لذلك :



(*) هذا من وجهة نظر المؤلف (المترجم) .

ويعد الانمـوذج الاساسى للطب النفسى امتـدادا لتصـنيف «لينايوس» :



وهذا النوع من البرنامج التصنيفى قد أشير اليه بأنه «طبيعى» على العكس من « التصنيف الصناعى المتكلف » الذى لا يرتب المعلومات والبيانات طبقا لما يفترض أن يكـون فئات طبيعية من صـنع الله أو الطبيعة ، فالتصنيف الطبيعى مكتشف ، أما التصنيف الصناعى المتكلف فهو مخترع (Wolf, 1929 ; Brill, 1974) . ولكن على كل حال ، قد يقبل قليل من الناس اليوم هذا الفارق المميز . ان الاجماع الحالى هو أن كل التصنيفات ، حتى ذلك التصنيف الاساسى جدا الذى يصنف (الحالات) الى «مرض» و «ليس مرضا» هى تصنيفات صناعية غير طبيعية (Draguns & Pillips, 1971 ; Spitzre & Wilson, 1975) .

كما أدرك الناس الطبيعة الصناعية للتصنيف فقد أدركوا أن الانموذج البيولوجى ليس الانموذج الوحيد لتصنيف الامراض العقلية. ويعد «ثوماس ساس » Thomas Szasz ، الطبيب النفسى الامريكى من بين من اشتهروا بنقد الانموذج البيولوجى ، اذ تعد تحليلاته لعملية التشخيص الطبى النفسى جديرة بالدراسة والمناقشة الخاصة .

ثوماس ســاس

هناك ثلاث نقاط أساسية فى تنظير «ساس» أو وجهة نظـره :

أولا : قدم (Szasz, 1969) اقتراحا بأنه ينبغى أن نفرق بين المرض ، كحالة بيولوجيـــة ، وبين دور المريض كحالة أو وضـــع اجتماعى • **ثانيا** : أنه يؤكد بالدليل والحجة على أن الطب النفسى مصنف بطريقة غير ملائمة تحت الطب • **ثالثا** : **يعد** «ساس» (Szasz, 1960) الطب النفسى مهتما بالانحراف عن بعض المعايير النفسية الاجتماعية والخلقية، وأن الطبيب النفسى يمثل فحسب الدور الطبى ، فهو فى الواقع مفسر لنقواعد والاحكام الخلقية ، ومعزز للقوانين والتوقعات الاجتماعية •

فالطب النفسى بالنسبة لـ «ساس» (١٩٦٠) يرجـــع الى ذلك النظام المعاصر الذى يهتم بالمشكلات فى المعيشة والحياة ، وهو ينكـــر وجود شىء « كالمرض العقلى » • وقد أشار الى أن فكرة «المرض» العقلى قد استمدت دعمها الرئيسى من ظواهر كزهرى المخ ، وأحوال الهـــذيان Delirium مثل التسمم والتى يعرف فيها الناس باظهـــار عديد من الاضطرابات فى التفكير أو السلوك • ولكن اذا تحدثنا بأسلوب صحيح فاننا نقول : ان هذه أمراض المخ لا أمراض العقل •

وقد أورد «ساس» (Szasz, 1966) الادلة والحجج ليؤكد أن كل مناقشة لمشكلة التصنيف فى الطب النفسى معلقة على المقدمة المنطقية بأنه توجد فى الطبيعة أشكال من السلوك غير سوية ، وأنه من المهم ــ من الناحيتين العلمية والاخلاقية ــ أن يوضع الناس الذين يظهرون مثل هذا السلوك فى فئات ذات أسماء أو بطاقات ملائمة • ولكنه على كل حال يرتاب فى كل من منطقية المقدمة المنطقية وأخلاقيتها القائلة بأن السلوك الانسانى حدث طبيعى • اذ ان هذا الحدث ــ شأنه فى ذلك شأن أى أحداث أخرى ــ يمكن بل ينبغى أن يصنف •

ويصر «ساس» على أن التصنيف ليس الا حالة خاصة من الظاهرة السلوكية الاكثر عمومية والمتعلقة بصياغة المفاهيم ، وهو يرى أن هذه العملية تعتمد بشكل أكبر على الخصائص النفسية التى يتسم بها الفرد

المشارك فى تشكيل الفئات وصياغتها ، كما تعتمد على الوضع الاجتماعى الذى يشترك فيه ، أى أهداف التصنيف — وذلك بشكل أكبر من اعتمادها على خصائص الظاهرة التى تصنف • وقد وضح هذه النقطة بالاشارة الى صائغ الجواهر والحلى أو الاقتصادى ، اذ يقوم الجواهرجى على الارجح بوضع الماسات فى الفئة ذاتها التى يوضع فيها الذهب والفضة والمال • فكلها أشياء قيمة ثمينة ، فى حين أن عالم الكيمياء قد يجمع الماسات مع الفحم فى مجموعة واحدة على أساس من تركيبها الكيميائى •

ومن هنا فان «ساس» يتفحص أهداف التصنيف الطبى النفسى ، فبالنسبة له فان الرجال يصنفون لكى ينالوا سيطرة أو تحكما • اذ القيام بالتصنيف أو التسمية يرتبط ارتباطا حميما بحاجة الانسان الى السيطرة على البيئة والتمكن منها • وعلى هذه الجبهة يشن «ساس» هجومه • فالفوز بالسيطرة على الحيوانات والاشياء غير الحية شىء ، ولكن الفوز بالسيطرة على الكائنات الانسانية الاخرى هو شىء آخر تماما •

ان وحدة التحليل فى الطب النفسى وعلم النفس المرضى يمكن أن تكون اما السلوك أو الامراض أو الناس • فعلماء النفس والمتخصصون فيه يطالبون بدراسة السلوك ، فى حين يهتم الاطباء النفسيون — باعتبارهم متخصصين فى الطب — بالامراض • ولكنهما فى الواقع يتعاملان كلاهما مع الناس ، اذ ليس من الممكن معالجة مسألة « اما سلوك أو مرض » دون القيام فى الوقت ذاته بمعالجة الفرد الذى يسلك ويتصرف ، أو الذى « يعانى من » المرض • فهم فى الواقع بناء على ذلك غالبا ما يلجأون الى تصور مشكلاتهم بلغة الناس لا بلغة السلوك والامراض مشيرين الى الانبساطيين والفصاميين — مثلا — بدلا من الانبساط والفصام •

ويشير «ساس» (Szasz, 1966) الى اكراه الناس واجبارهم ، حيث بين أنه يمكن قسر الناس واكراههم بطريقتين أساسيتين : اذ يمكن اكراههم بدنيا بحبسهم فى السجون أو تقييدهم فى المستشفيات العقلية ... الخ ، كما يمكن اكراههم اجتماعيا باعطائهم أسماء أو نعوتا وبطاقات — كتسميتهم بأسماء مثل : مريض ، طالب ، أو حتى امرأة — مما يقيدهم بأدوار معينة . وبالنسبة الى «ساس» فان الطبيب النفسى بوصفه قائما بالتشخيص ويكشــف عن دوره الاجتماعى الأساسى ، اذ يقوم — من خلال اعطاء الاسماء والبطاقات — باضفاء صفة الشرعية على طموحات الآخرين وأدوارهم الاجتماعية ، وهو لا يفعل ذلك فى المستشفى أو العيادة فقط ، بل فى كل وضع اجتماعى يعمل فيه .

ولا ينكر «ساس» وجود الفروق الفردية فى السلوك ، ان ما يتساءل عنه هو طبيعة التصنيف وهدفه والموقف الذى يتم فيه . فرفضه لاهانة الناس والحط من قدرهم عن طريق التشخيص الطبى النفسى لا يتضمن رفضه للاعتراف بالفروق البيولوجية والنفسية والاجتماعية الموجودة بين الناس ، كما لا يتضمن رفضه للاعتراف بقيمة التصنيف بصفة عامة . ولكن «ساس» فى رفضه لتصنيف المرضى لا يجادل أو يناقش تأييدا لتصنيف سلوكهم أو أمراضهم ، اذ يقدم عرضا للقضية أكثر ثورية ، كما يحاول البرهنه على ضرورة تصنيفنا للمصنفين !

ويؤكد «ساس» (Szasz, 1966) بايراد الحجة والدليل أنه لكى ننهض بأعباء الحاجات النفسية الخاصة بالراشد القــادر على الوفاء بالتزاماته فاننا نحتاج الى تصنيف لا لسلوكه المنحرف بل للخدمات الخبيرة المتاحة لعلاج ذلك السلوك . وقد وضح هذه النقطة بالاشارة الى تطبيق القانون وممارسته : حيث يوجد متخصصون فى الطلاق ، والعمل ، والدفاع الجنائى ... الخ بحيث يمكن اذن للافراد المحتاجين الى مساعدة قانونية أن يختاروا الخبير المناسب . ولا يوجد ضمان

فى الطب النفسى حين يلتمس مريض ما من طبيب نفسى آن يفعل له شيئا ما أن ذلك الطبيب لن يفعل له شيئا ما **من أجل المجتمع •**

ونظرا لنقده للأنمـوذج الطبى واهتمـامه بالأدوار الاجتماعية والقيود الاجتماعية ، فانه يجوز لنا أن نستنتج بأن « ثوماس ساس » قد أقر المفهوم الثقافى الاجتماعى للشذوذ أو اللاسوية • ولكن تأكيده على الحرية الشخصية يميز نظريته بوضوح على أنها نظرية سيكولوجية مع تعويل ضمنى على عقلانيـة الفرد ومنطقيته • وبكل أسـف ، فإن استبعاده — طبقا للتعريف — لهذه الظروف والاحوال التى يوجد فيها تلف عضو معروف من العقلانية ، وتجاهله الأوضاع كمستهل الطفولة ، والطفـولة والتخلف العقلى والمرضى/الفكرى Ideopahic ، والعمـر الطويل — وهى أوضاع قد ينعدم فيها الضعف البدنى الذى يمكن تحديده والتعرف اليه ، ولكن الفرد برغم ذلك ليس بكفء أو مقتدر على اتخاذ القرارات المتعلقة بسعادته ورفاهته الشخصية — ان استبعاده لهـذه الظروف وتجاهله لهذه الاوضاع جعل «ساس» يختار معلوماته وبياناته بطريقة تخفى الحقيقة ، وهى أنه يعد المرض العقلى مرادفا للخبـل والجنون واللاعقلانية • فالمرض العقلى لا وجود له بالنسبة لـ «ثوماس ساس» نظرا لأن أى شىء آخر — غير اللاعقلانية القابلةللعكس والقلب — مترابط مع صنع القرار المتردد غير موجود فى البيانات والحقائق التى يفكر فيها ويعتقد بها •

المصطلحات والرموز التشخيصية

يعد تاريخ التصنيف الطبى النفسى سلسلة من التقليص أو الايجاز المتعاقب واستخدام النماذج البسيطة لتسهيل الفهم ، كما يعد امتدادا واستخداما للنماذج المعقدة بهدف التغلب على الاستثناءات ولمضاعفة الدقة والمحدودية • وقد تم كل ذلك دون أن يحل أى من هذين النوعين من النماذج محـل الآخر تمـاما • وكانت النتيجة هى أن الاسماء

والبطاقات التشخيصية الطبية النفسية المستخدمة حاليا ــ المشتركة مع اخصائيين طبيين آخرين ــ أصبحت مأخوذة من متنــوع واســع من النماذج المفاهيمية التى ترجع الى أعراض معينة أو زملات ، وأنواع من الشذوذ البدنى ، والى أحداث وأوضاع بيئية بالاضافة الى عمــر المريض • وهذه العملية سوف تستمر على الارجح نظرا لأن الطب النفسى مازال يفتقر الى طريقة متسقة مطردة مقبولة على نحو واسع عريض بالنسبة للنظرية أو التطبيق ، كما تسمح بتنمية لغة مهنية مشـــتركة وتطويرها (Rakoff, Stancer & Kedward, 1977) •

ومع ذلك ، فانه ينبغى التأكيــد على أن اللغــة المهنية المشتركة لا تتضمن مبدأ وحيدا للتصنيف ، فكما سبق أن أشرنا فى الفصل الاول، يعد المرض العقلى ظاهرة كثيرة التنوع متعددة المتغــيرات • وحتى الطريقة البيولوجية مع اقرارها وتقبلها للنموذج الطبى الا أنها تستخدم أكثر من قاعدة واحدة ، فالطب مثلا لا يهتم بعلاج الامراض المعــدية فحسب ، بل يهتم كذلك بعلاج الكسور ، والملخ أو لى المفاصل والتوائها، والاورام وأمراض النزف ••• الخ •

ومن بين التصنيفات المدونة والممعنة فى القدم تصنيف «هيبوقراط» Hippocrates (٤٦٠ ــ ٣٧٧ ق•م) والذى يعــد امتــدادا لفكــرة «امبيدوكليس» Empedocles (حوالى ٤٦٠ ق•م) التى ترى بأن العالم مركب من أربعة عناصر أساسية : الهواء ، والتراب ، والنار ، والماء • وقد اعتقد «هيبوقراط» بأن هذه العناصر كانت أســاس « الاخلاط الاساسية الاربعة » ، وهى الاتساقات النسبية التى ينتج عنها أربع شخصيات أو أمزجة أساسية :

«امبيدوكليس»	الهواء	التراب	النار	الماء
«هيبوقواط»	الدم	السوداء	الصفراء	البلغم
	دموى	سوداوى	صفراوى	بلغمى
	↓	↓	↓	↓
	مفعم بالامل ومبتهج بشكل طبيعى	كئيب	يغضب بسهولة ، سريع الاستثارة	كسل أو بليد ، غير مبال أو مكترث، بارد ، هادىء

وليست هذه أنماطا للشخصية ، بل هى سمات نظرا لأن الاحوال عدت معتمدة على عدم التوازن الخلطى ، (المتصل بالاخلاط Humors ، وقد عد السوداوى فقط نوعا من المرض العقلى حيث غالبا ما كان يعادل بالهوس Mania .

وقد توسع «جالين» Galen (١٣٠ بعد الميلاد — ٢٠٠ تقريبا) فى هذا المفهوم بتأكيده بالحجة والدليل أن السوداوية قد أحدثتها السوداء المؤثرة فى الملكة العقلانية .(Veith, 1957) .

جـدول (٢ : ١)

	رطوبة	
	رطب	جاف
حرارة: بارد	مـاء بلغمى	تراب سوداوى
دافىء	هواء دموى	نـار صفراوى

ويمكن ترتيب هذا التصنيف فى جدول ٢×٢ ، والذى يعبر عن خاصيتين واضحتين فى عناصر هذا التصنيف : الحرارة والرطوبة •

وقد أقر هذا التصنيف فيما بعد بواسطة فنت Wundt (١٨٣٢ — ١٩٢٠) الذى كان مهتما بسرعة الاستجابات السلوكية وقوتها •

جدول (٢ : ٢)

سرعة الاستجابة		قوة الاستجابة	
		ضعيفة	قوية
	بطيئة	ماء بلغمى	تراب سوداوى
	سريعة	هواء دموى	نار صفراوى

وأثناء العقود المبكرة من القرن السابع عشر نسب كل المرض — بصرف النظر عن الفروق فى الاعراض — اما الى اضطراب فى التوازن الخلطى أو الى اضطراب فى توترات الانسجة المصمتة •

وقد حدث تحول مفهومى رئيس حين اقترح «توماس سيدينهام» Sydenham, (١٦٢٤ — ٨٩) بأن كل مرض له سببه المعين الخاص به ، وأن وحدات المرض قد وجدت بشكل مستقل عمن تؤثر فيهم من الناس • وطبقا لذلك فقد دعا الى البحث والتحقيق فى نوعية الأمراض تماما كما يبحث عالم النبات فى أنواع النبات •

وقد قام فرانسوا بواسييه سوفاج François Boissier de Sauvage

(١٧٠٦ — ٦٧) — فى الحقيقة — بتجميع الامراض الى أصناف وطبقات وأجناس بالطريقة نفسها التى كان العلماء الطبيعيون ينظمون بها النباتات والحيوانات • ولكـــن نظرا لعدم معـــرفة التغـــيرات الفيزيولوجية الاساسية والعوامل المعجلة بالحدوث فقد عد كل عرض معين مرضا مستقلا • فتصنيفه للامراض — والمرتب الى ١٠ أصناف و ٤٠ ترتيبا و ٧٨ جنسا — تبعا لذلك اشتمل على ما لا يقل عن ٢٤٠٠ مرض مختلف .(Veitch, 1957)

أما « فيليب بينيل » Philippe Pinel (١٧٤٥ — ١٨٢٦) والذى يعد أفضل من اشتهروا بتحرير المخبولين من عبوديتهم ، وكان تلميذا لسوفاج ، فقد قام بتبسيط الانظمة التشخيصية المعقدة التى سبقته ، وذلك بالعودة الى نظام التصنيف ٢×٢ الخاص بهيبوقراط ، كما قام بتجميع كل الامراض العقلية ووضعها فى فئة الامراض البدنية وسماها «العصابيات» neuroses والتى عرفت بأنها « أمراض الجهاز العصبى الوظيفية » أى الامراض التى لم تكن مصحوبة بحمى أو التهاب أو نزيف أو خلل تشريحى • وقد حدد «بينيل» أربعـــة أنواع اكلينيكية أساسية :

أ — الهوس Mania : ويتميز بأحوال مصحوبة باهتياج حاد أو غضب شديد •

ب — السواد Melancholia : وتتكون من اضـــطرابات اكتئابية وتوهمات متصلة بموضوعات محدودة •

جـ — الخبل Dementia : ويتميز بافتقار الافكار الى التماسك •

د — العته أو الحماقة Idiotism : ويتضمن كلا من التخلف العقلى والخبل العضوى « والتدهور الناتج عن الشيخوخة » senility •

ان الترابط بين تصنيف «بينيـــل» وذلك التصنيف الذى اقترحه «هيبوقراط» يمكن رؤيته بوضوح كما حدث فى الملاءمة بين تلك الفئات

التشخيصية فى تصنيف «فنت» الاسبق وربطها بأبعاد سرعة الاستجابة وقوتها •

جدول (٢ : ٣)

	قوة الاستجابة	
سرعة الاستجابة	ضعيفة	قوية
	مـــاء	تراب
بطيئة	بلغمى	
	عتـــه	سوداوى
	هـــواء	نـــار
سريعة	دموى	صفراوى
	خبل	هوس

وقد قدم «بنيديكت أوجوستين موريل» Morel (١٨٠٩ — ٧٣) استخدام سياق المرض أو سيره Course كأساس للتصنيف • كما أضاف « كارل لودفيج كالبوم » Kahlbaum (١٨٢٨ — ١٨٩٩) عمر المريض فى وقت بداية المرض ، كما قدم «كالبوم» مفهوم مركب أعراض مؤقت، والمقابل للمرض الضمنى ، مدركا بذلك الفـــارق بين السلوك العلنى الواضح والحالة البيولوجية التى قد تتضمنه أو لا تتضمنه ، كما أدرك التمييز بين المرض العقلى العضوى وغير العضوى •

ان التعرف الى سير المرض أو طريقته ليس فقط ادراكا للحقيقة بأن الاعراض الظاهرة قد تتغير بمرور الوقت ، انه كذلك تقبل لعملية المرض الاساسية ، ولكنه يحمل معه الحاجة الى تحديد ماهية المرض

بوضوح • فعلى سبيل المثال : اذا كان لابد للمرء ـ كما يبدو ـ أن يتعلم الوقوف قبل أن يمكنه تعلم المشى فهل تعلم الوقوف اذن جزء من عملية تعلم المشى ؟ أو هو عملية مستقلة عن تعلم المشى ولكنها عملية تمهيدية ضرورية ؟ وقد عد أطباء النفس التقليديون الهستيريا على أنها مظهر متسم بالامارات الاولى للفصام ، لا على أنها المرحلة الاولى على الاصح للعملية الفصامية • ولكن الطب النفسى المجتمعى (المتعلق بالمجتمع) (انظر الفصل الثالث عشر) قد وسع تعريف المرض العقلى باعتبار الناس المعرضين لخطر المرض على أنهم مرضى عقليا •

وقد وضع « اميل كريبلين » (١٨٥٦ ـ ١٩٢٦) تركيبا رئيسا للانظمة التشخيصية المبكرة والأساس الانظمة التصنيفية المعاصرة • وقد نظر «كريبلين» الى الامراض العقلية على أنهـا وجدات مرضية عضوية يمكن تصنيفها على أساس من معرفة أسبابها وسيرها ونتيجتها، برغم أن طريقته الاساسية كانت البحث عن تلك المجموعة المؤتلفة من الميزات الاكلينيكية البارزة التى قد تتنبأ بالنتيجة على نحو أفضـل (Klein & Davis, 1969) • وقام «كريبليـن» (١٨٩٨) بتصـنيف الاضطرابات العقلية فى ثمانى عشرة مجموعة ، بحيث وضع اضطرابات الهوس والاكتئاب معا فى مرض واحد وهو : الذهان الهوسي الاكتئابى، كما ميز الزملات المخية العضوية الحادة عن الزملات المخية المزمنة ، ولأول مرة فى نظام تصنيفى للأمراض العقلية فقد ضمن «كريبلين» تصنيفه مفاهيـم الأعصبة نفسية المنشـأ والشخصيات السيكوباتية (كالاجرام الفطرى ، وغـير المتزن ، والمرضى بالكـذب والغش ، والمجنونون بالاضطهاد المشاكسون) • فكل هذه المفاهيم يمكن مشاهدتها فى الانظمة والبرامج التصنيفية الرسمية اليوم •

التصنيف الدولى للأمراض

لقد اعتمـدت كل مجمـوعات الرموز والمصطلحات التشخيصية

المستخدمة رسميا فى العالم المتحدث باللغة الانجليزية خلال السبعينيات على النسخة الثـامنة من التصنيف الدولى للامراض International Classification of Diseases (ICD-8) الصادر عن منظمة الصحةالعالمية (WHO, 1965, 1967 a, 1974). وترجع أصول هذه النسخة الى التصنيف الدولى لأسباب الموت(تصنيف «بيرتيلون» Bertillon) والذى أقر فى باريس عام١٨٩٣ بواسطة الجمعية الاحصائية الدولية (WHO, 1967 a ; Kramer, 1968)

وقد قسمت التشخيصات الواردة فى النسخة الثامنة من التصنيف الدولى للأمراض الى ثلاث مجموعات رئيسة :

١ ــ الذهان والعصاب واضطرابات الشخصية .

٢ ــ اضطرابات عقلية أخرى غير ذهانية .

٣ ــ التأخر العقلى .

ولكن هذه النسخة بها عدد من الجوانب غير المقنعة أو المرضية . فلقد اعتمدت على مفاهيم مهجورة مهملة ، مع حلول وسط بين عمليات التصنيف المتضاربة ، مع افتقارها الى تعريفات وصفية للاضطرابات ; واستخدمت متنوعا واسعا من المتغيرات المشتملة على عمـر المريض، والعضو أو الجهاز العضوى المتأثر بالمرض ، وأعراض الاضطراب ، ودرجة الضعف أو التلف ، ومدته ، بالاضافة الى العامل الرئيس المحدد لهذا الضعف . ولقد كانت نتيجة ذلك مزيجا مشوشا مضطربا غير منطقى (Howells, 1970), p. 6) ، والذى عدل وكمل بواسطة الدول الرئيسة المقـرة له ، كمـا استبدلت به أخـيرا المراجعـة التاسعة ICD-9 (WHO, 1978 ; Kramer, 1980).

تصنيف رابطة الطب النفسى الامريكية

يعد الدليـل الاحصـائى والتشخيصى للاضـطرابات العقليـة

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

والخاص برابطة الطب النفسى الامريكية أساسا للأدلة التشخيصية الرسمية المستخدمة فى كندا والهند وعديد من أقطار أمريكا اللاتينية ، بالاضافة الى الولايات المتحدة الامريكية • وقد خضع هذا الدليل لتغييرين أساسيين منذ عام ١٩٥٢ •

وقد قدم الدليل الاول (DSM-1) فى عام ١٩٥٢ ، ولكنه كان متعارضا مع النسخة السادسة من التصنيف الدولى للأمراض (ICD-6) (WHO, 1948) ونظرا لأن الانسجام والتناغم كان يعد أمرا مفيدا ونافعا فى تسهيل التواصل الدولى ، لذا فقد قامت خدمة الصحة العامة بارسال مندوبين أمريكيين للعمل مع اللجان الدولية فى اعداد تنقيح للقسم الخاص بالأمراض العقلية من النسخة الثامنة للتصنيف الدولى للأمراض • وحين طبعت هذه النسخة الثامنة من التصنيف فى عام ١٩٦٥ عهدت الرابطة النفسية الامريكية الى لجنتها الخاصة بالمصطلحات والاحصاءات بمهمة اعداد دليل تشخيصى جديد خاص بالرابطة ، والذى قد يكون منسجما متناغما مع هذه النسخة الثامنة من التصنيف الدولى للأمراض • وكان الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (DSM-II) نتيجة عمل هذه اللجنة ، بحيث أصبح مجموعة المصطلحات الرسمية الخاصة بأطباء النفس الامريكيين وذلك فى الاول من يوليه عام ١٩٦٨ (Spitzer & Wilson, 1968) •

وقد عدلت الطبعة الثامنة من التصنيف الدولى للأمراض فى خمس طرق من أجل الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (DSM-II) : فقد غير تنظيم التشخيصات المدونة وتسلسلها ، كما اقترح عدم استعمال تشخيصات معينة بحيث ينبغى ألا تستخدم فى الولايات المتحده الامريكية • كذلك فقد تم ادخال تسعة وثلاثين تشخيصا جديدا ، أحيانا بتقسيم التشخيصات الموجودة الى أقسام أصغر • كما تم تغيير

أسماء بعض الفئات ، وأعطيت أرقام الرموز التشخيصية أرقاما اضافية (Spitzer & Wilson, 1968). • وقد كان من بين الاختلافات الرئيسة بين هاتين المجموعتين من الرموز والمصطلحات ازالة مصطلح الاستجابة أو الرجع Reaction من كثير من العبارات والبطاقات التشخيصية حتى يمكن تجنب أى مضامين مثيرة للجدل والخلاف فيما يتعلق اما بطبيعة اضطراب ما أو سببه (Gruenberg, 1968) ، وبالتالى فقد كان هذا الفارق علامة مميزة لاتجاه أصبح محلا لتركيز انتقـاد كبـير أثناء التنقيح الثانى •

وقد نظـم الدليل التشخيصى الاحصائى الثـانى (DSM-II) الاضطرابات العقلية فى عشر فئات رئيسة ، ولكنه ــ شأنه فى ذلك شأن التصنيف الدولى الثامن للأمراض (ICD-8) ــ استخـدم متنوعـا واسعا من المتغيرات ، كما اختلف النظام التصنيفى من فئة الى أخرى • فقد كان اذن مجموعة من الانظمة التصنيفية التى حاولت مجتمعة شمول مجال الاضطرابات العقلية بأكمله •

وفى سبتمبر من عام ١٩٧٣ تم تشكيل حملة لتطوير طبعة ثالثة من الدليـل التشخيصى والاحصـائى لرابطـة الطب النفسى الامريكيـة (DSM-III) • وقـد كان هـدف هـذه الحملة تطوير نظام تصنيفى يمكنه أن يظهر المعـرفة الحالية بالاضطرابات العقلية ، كمـا يمكنه ــ بصورة ثانوية فقط ــ أن يضمن التناغم والانسجام مع الفصـل المتعلق بالاضطرابات العقلية من التصنيف الدولى للأمراض • وقد حدد جدول العمل موعد طباعة الدليل الثالث (DSM-III) فى ينـاير من عام ١٩٧٩ لكى يتزامن مع تقديم تعديل اكلينيكى للطبعة التاسعة من التصنيف الدولى للأمراض (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1966) (ICD-9-CM) ، ولكن لم يتم اقراره بصفة رسمية حتى الاول من يناير ١٩٨٠م•

وقد اختلف الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (DSM-III) اختلافا جذريا عن سابقيه على جانبى المحيط الاطلنطى ، اذ قام عدد من الدراسات التى أشرفت عليها منظمة الصحة العالمية بالتوصية باعطاء رموز للمعلومات التشخيصية على عديد من المحاور المستقلة . وقد تم انجاز ذلك بالنسبة للتخلف العقلى (Heber, 1959, 1961) فى الولايات المتحدة الامريكية ، كما لاقى تأييدا كبيرا فى أوربا (Wing, 1970 ; Essen-Moller, 1971 ; Helmchen 1971; Rutter et al., 1969, 1973) خصاصا فيما يتعلق بتصنيف الطب النفسى لاضطرابات الطفولة (Tarjan et al., 1972) وقد قدم الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث DSM-III فيما بعد طريقة متعددة المحاور للتشخيص فى الطب النفسى للراشدين مصحوبة بتقرير واضح عن قواعده وأصوله فى التصنيف وعن استخدام التعريفات الاجرائية المفصلة . وقد تم اخضاعه كذلك لاختبار ميدانى مكثف سابق لاعتماده واقراره بصورة رسمية (Spitzer, Endicott & Robbins, 1975 ; Spitzer. Sheehy & Endicott, 1977) .

وقد أقرت الطريقة المتعددة المحاور لضمان التسجيل فى الممارسة الاكلينيكية لكل المعلومات التى اعتبرتها الحملة وثيقة الصلة ، فقد استخدمت خمسة محاور بحيث استخدم الاول والثانى منها لتسجيل الاضطرابات العقلية ، وخصص المحور الاول للزملات الاكلينيكية ، أما المحور الثانى فقد خصص لاضطرابات الشخصية لدى الراشدين ، ولاضطرابات معينة فى النمو اذا كان المريض طفلا أو مراهقا . كذلك فقد خصص المحور الثالث لأى اضطراب بدنى . أما المحور الرابع فانه يسمح للمشخص بتسجيل نوع أى ضغط Stress نفسى اجتماعى وحدته . وقد خصص المحور الخامس لحكم المشخص على أعلى مستويات الاداء التكيفى للمريض خلال السنة السابقة .

وأدى استخدام التعريفات الاجرائية المفصلة الى شحذ أكثر ضرورية للجانب التعريفى من البرنامج التصنيفى ، ولكن ذلك تم تحقيقه بالتأكيد على الاعراض التى يمكن ملاحظتها على حساب الاحوال — المعروفة أو المفترضة — التى تؤدى الى نمو هذه الاعراض وتطورها. كما أدى استخدام التعريفات الاجرائية المفصلة الى قائمة مطولة من الاضطرابات وبخاصة الاضطرابات الجنسية واضطرابات استخدام العقاقير ، على حين ألغى هذا الاستخدام فئات تشخيصية تلقيدية مثل العصاب والمرض النفسى الجسمى .

وعقب «فيغنر وزملائه» (Feighner et al., 1972) ونتيجة لبحوثهم استخدم عدد من البرامج التشخيصية فى الطب النفسى تعريفات اجرائية ، استلزمت استخدام معايير واضحة لكل تشخيص ، بحيث أدى استخدام هذه التعريفات الى زيادة ثبات ما بين القائمين بالتقدير. ومن هنا فقد ضمن ذلك فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (DSM-III). وفضلا عن ذلك ، فبالرغم من أن القوائم السابقة الشارحة للكلمات العسيرة — تلك القوائم التى صاحبت التصانيف القومية والدولية — قد قامت فقط بوصف الملامح وشرحها الاكثر تمييزا للاضطرابات ، فان نص الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (DSM-III) يقوم بشكل منتظم بوصف كل اضطراب وشرحه فيما يتعلق بالملامح الجوهرية الاساسية والسمات المرافقة له بالاضافة الى العمر المعتاد عند بداية الاضطراب ، وسير الاضطراب ، والعوامل المهدة له ، والضعف ، والمضاعفات الثانوية الناشئة عن الاضطراب ، وحجم انتشار الاضطراب ، والانماط العائلية ، ونسبة النوع (أى نسبة وقوعه بين الذكور والاناث) والتشخيص الفارق المميز له ، وذلك اذا كانت جميع هذه الاشياء معلومة معروفة (Spitzer, Endicott & Robbins, 1975 ; Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977)

ويعد الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث لرابطة الطب النفسى الامريكية (DSM-III) وثيقة واقعية عملية صممت من أجل أطباء النفس فى أمريكا الشمالية ، فقد اعتمد على افتراض مفاده أن المرض العقلى هو مشكلة طبية ، وأن بعض الاهتمامات المبكرة — كالتواصل والتفاهم الدولى — قد تم الاقلال من التأكيد عليها اعتقادا بأن أفكاره وطرقه الجديدة ستؤدى الى تشخيصات طبية نفسية أكثر دقة وصدقا . (Spitzer, Sheehy, & Endicott, 1977)

كذلك فان الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (DSM-III) هو أكبر وأكثر شمولية من سابقه • فقد اختيرت حالة اكلينيكية من الحالات لكى تضمن فيه كلما أمكن وصفها بوضوح وتمييز (Spitzer, Endicott & Sheehy, 1977) ولكن — برغم أفكاره وطرقه الجديدة — فان الفئات التشخيصية مازالت تمثل مزيجا من الاعراض والزملات والوحدات المرضية ، وفضلا عن ذلك ، فقد ضاعف الدليل عدد الفئات التشخيصية بالاقلال من التأكيد على الاحوال المستنتجة والتركيز على السلوك الذى يمكن ملاحظته وبالتالى فقد واصل الميل الذى كان واضحا فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى (DSM-II) ، ولكن مثل هذا التأكيد قد تمت مقارنته بالتفكير الحسى الملموس لطفل يجب أن يقوم بتفصيل (عد) محتويات اناء لأنه مازال حتى الآن عليه أن ينمى القدرة على التفكير المجرد الذى سيؤدى الى مفهوم الفاكهة (Schach & Nathan, 1977) • ومن بين النتائج المترتبة على ذلك التوسع المفرط فى مفهوم المرض العقلى عند وصف نواحى القصور والعجز المرتبطة بالطفولة .(Garmezy, 1978) •

وان الحقيقة المهمة ذات المغزى هى أنه برغم زعم « سبيتزر وشيهى واندكوت » (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977) بدقة التشخيصات الطبية النفسية وصدقها بصفة أكبر فان الحملة التى أنيطت بها مهمة

تطوير هذا الدليل كانت عاجزة عن صياغة تعريف مقنــع للاضطراب العقلى حتى الساعة الحادية عشرة (من عملها) ، ثم بعد ذلك قامت بصياغة تعريف لم يبد أنه يقدم أى فارق دقيــق بين «الاضطراب» و «السوية» Spitzer, Sheehy, & Endicott, 1977 ; Spitzer , Williams & Skodal; 1980).

الطب النفسى فى كندا

نظرا لأن التصنيف الدولى الثامن للأمراض ICD-8 لم يشتمل على تعريفات وصفية ، فقد قامت احصائيات كندا بطباعة دليل كنــدى لتصنيف الاضطرابات الطبية النفسية • ولقد كان هذا الدليل — على كل حال — هو الدليل الثانى للتشخيصات والاحصائيات الذى سبق وأن أصدرته الرابطة الطبية النفسية الامريكية (DSM-II) مع تعديل واحد أو تعديلين طفيفين ، واللذين كانا بصــفة أساسية فى ترقيــم التشخيصات وصياغتها أو التعبير عنها • فعلى سبيل المثال :

١ر٢٩٧ حالة الهذاء الارتدادى Involutional Paranoid State عدلت لتصبح : ١ر٢٩٧ حالة هذاء الفصام الارتدادى ، وكذلك ١ر٢٩٢ زهرى الجهاز العصبى المركزى عدل ليصبح ٩٤ • زهرى الجهاز العصبى المركزى •

ولكن بعض التشخيصات التى أضافها الامريكيون الى التصنيف الدولى الثامن للأمراض ICD-8 حذفت ، على حين أدخلت تشخيصات أخرى فى الدليل الكندى ، كما كان هناك بعض التغييرات الطفيفة فى المحكات • فعلى سبيل المثال : أجاز الدليل الكنــدى تشخيص حالة عضوية على أنها ذهانية اذا كان المريض ذهانيا فقط أثنــاء سلسلة الاحداث الحالية • ومع ذلك ، فبطباعة التنقيح التاسع من التصنيف الدولى للأمراض ودمجه « لقائمة الكلمات العسيرة وشرحها Glossary

فى الجزء الخاص منه بالاضطرابات العقلية فقد حل محله الدليل الكندى الاحصائى فى عام ١٩٧٩ (Davis, 1979) ٠

الجمعية الطبية النفسية البريطانية

لم تتطابق المفاهيم التشخيصية رهينة الاستخدام فى بريطانيا العظمى تطابقا تاما مع تلك التى اشتمل عليها التصنيف الدولى الثامن للأمراض ICD-8 ، فبدلا من أن يقوم أطباء النفس البريطانيون بتطوير دليلهم التشخيصى والاحصائى الخاص بهم ، قاموا فحسب بتطوير قائمة المصطلحات والكلمات العسيرة وشرحها (Registrar General, 1968) للتغلب على افتقارهم الى تعريفات وصفية ولضمان الاستخدام المتسق ٠ ومع ذلك فقد انتقد هذا الاجراء من قبل وينج (Wing, 1970) اذ لم يقطعوا شوطا بعيدا الى حد كاف فى التخلى عن المفاهيم المتعلقة بأسباب الامراض والاضطرابات ٠

الفئـات التشخيصية الرئيسية

ينبغى أن يكون واضحا منذ البداية أنه ليس من الممكن أن نقدم تعريفات دقيقة للأمراض العقلية بعيدا عن قيود البرامج التشخيصية المعينة ، اذ تميل التعاريف الى التغير من بلد الى آخر ، ومن وقت الى وقت ٠ وعلى الرغم من ذلك هناك جوهر المعنى الذى يحمل مدلولا تاريخيا ومفهوميا يتجاوز الحدود القومية بالنسبة لمعظم الفئات التشخيصية الرئيسة ٠ وما يلى فى هذا الفصل والفصول ٤ ، ٥ ، ٦ هو محاولة لايجاز هذا المعنى وذلك المدلول ٠

التـأخر العقـلى Mental Retardation

وهو المعروف بأسماء متنوعة «كالخبل» Amentia و « الضعف العقلى» Oligophrenia و «دون السوية العقلية» Mental Subnormality

... الخ • وقد عرف التخلف العقلى بصورة تقليدية على أساس المستوى العقلى ، كما صنف الى فئات فرعية من حيث درجة التخلف • وفى الولايات المتحدة الامريكية عرفت هذه الفئات الفرعية بالمأفون Moron (نسبة الذكاء ٦٩ — ٥٠) والأبله Imbecile (نسبة ذكاء ٤٩ — ٢٠) والمعتوه Idiot (نسبة ذكاء أقل من ٢٠) • أما فى بريطانيا فقد عرفت هذه الفئات بضعيف العقل Feeble-minded ، والأبله ، والمعتوه •

وفى الدليل التشخيصى والاحصائى الاول DSM-I استخدم مصطلح « الضعف العقلى » وتم تدريجه الى فئات فرعية طبقا لدرجة هذا الضعف وهى : بسيط Mild ومتوسط Moderate وشديد Severe كما كان هذا المصطلح مناسبا فقط اذا لم يكن هناك أى شذوذ رئيسى آخر بحيث يمكن اعتبار التخلف عرضا • فحين كان التخلف راجعا الى اصابة أو تلف مخى — كذلك الذى قد ينتج عن مرض معد فى الطفولة مثلا — كان الاضطراب يصنف على أنه زملة مخية مرضية مزمنة Chronic Brain Syndrome باضافة عبارة صغيرة مقيدة للتصنيف وهى: « مع ضعف عقلى » •

وقد أقر الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى (DSM-II) تصنيف الرابطة الامريكية للضعف العقلى (Heber, 1959, 1961 ; Grossman, 1973; 1977) ، كما أقر مصطلح « التخلف العقلى » Mental Retardation • وهو تصنيف متعدد المحاور ، حيث يقوم بصورة مستقلة بتصنيف التخلف طبقا للمستوى العقلى ، والسلوك الاجتماعى، والسبب العضوى ، وما يرتبط بالتخلف من نواحى ضعف أو قصور ، كما يعرف «جروسمان» (Grossman, 1977, p. 5) التخلف العقلى على ضوء كل من المستوى العقلى والسلوك التكيفى الاجتماعى :

« يشير التخلف العقلى الى أداء ذهنى عام منخفض عن

المعتاد بدرجة جوهرية ومصحوب فى الوقت نفسه بعيوب فى السلوك التكيفى بحيث يظهر ذلك كله أثناء مرحلة النمو » •

ومن هنا فقد اعتمد مفهوم التخلف العقلى على نموذج متحد ذى بعدين •

جدول (٢ : ٤)

		السلوك التكيفى	
		هناك عيب	ليس هناك عيب
الذكاء	منخفض عن المعتاد بدرجة جوهرية	متخلف عقليا	ليس متخلفا عقليا
	غير منخفض عن المعتاد بدرجة جوهرية	ليس متخلفا عقليا	ليس متخلفا عقليا

أما المحاور التى تصف السبب العضوى وما يرتبط بالتخلف من وجوه قصور أو تلف فهى محاور تكميلية ، ولا تدخل فى المفهوم الاساسى للتخلف العقلى أو تعريفه •

وبرغم استخدام النموذج المتحد فى تصنيف التأخر العقلى الا أن تصنيفه الى فئات فرعية مازال يعتمد كلية على المستوى العقلى ، ولكن مع الفئات التى زيدت من ثلاث الى أربع والتى تظهر وحدات الانحراف المعيارى اعتمادا على الافتراض القائل بأن الذكاء موزع بين أفراد المجتمع العام طبقا لقانون الخطأ العام الاعتدالى الذى وضعه «جوس».

	نسبة الذكاء
تأخر عقلى بسيط	٥٢ — ٦٧
تأخر عقلى متوسط	٣٦ — ٥١
تأخر عقلى شديد	٢٠ — ٣٥
تأخر عقلى تام	أقل من ٢٠

فالتأخر العقلى اذن يجسد المفاهيم الاحصائية والثقافية الاجتماعية والبيولوجية للشذوذ •

الزملات العضوية المخية Organic Brain Syndromes

بنيت احدى الفئات التشخيصية الرئيسة الواردة فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II على أساس من الافتراض بأن التلف المنتشر فى وظيفة أنسجة المخ — مهما كان سببه — قد يكون باعثا على المعاناة من قصور فى التوجه Orientation ، والذاكرة والذكاء والحكم على الاشياء مصحوب بتغير وسطحية فى الوجدان ، وهى كلها مجموعة من الاعراض سميت بـ « الزملات العضوية المخية » •

وفى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث DSM-III تم استبدال التشخيص المسمى «الاضطرابات العقلية العضوية» Organic Mental Disorders بسابقه « الزملات العضوية المخية » اذ يعد الاول أكثر صراحة ومباشرة ، كما يعد المقوم الاساسى لاختلال المخ وظيفيا بصفة دائمة أو عابرة طبقا لتقرير الاجراءات المعملية الطبية كالأشعة السينية (×) أو الفحص الدقيق للمخ أو الرسم الكهربى للدماغ EEG أو النقر الشوكى Spinal tap ••• الخ • ومازال يرمز اليه على محور رقم ١ بصفته زملة اكلينيكية ، لا على محور رقم ٣ بصفته اضطرابا عضويا ، ولكنه مثال واضح لاستخدام المعيار البيولوجى العضوى للمرض العقلى •

الذهـــان Psychosis

اشتق المصطلح الانجليزى Psychosis من كلمتين يونانيتين تعبر عنهما الترجمة الحرفية لهما بـ « اضطراب العقل » • وكان « فون فيوتشتير سليبين (Von Feuchter-Sleben, 1945) أول من استخدمه • كما استخدم مرادفا لكلمة «جنون» insanity حتى عام ١٩٣٠ تقريبا (Howells, 1970) • ويعد قصور الاداء المعرفى مقومه الرئيس — وبخاصة فى الادراك والتفكير — الذى يرتبط بالعجز عن مواجهة مطالب الحياة العادية أو يقود اليه • ولا يوصف معه الفرد عادة بأنه متأخر — حتى ولو كان أداؤه فى اختبارات الذكاء والسلوك التكيفى ضمن نطاق التأخر — ولكنه « بعيد عن الاتصال بالواقع » •

وقد استخدم مصطلح «الذهان» فى كل من الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى والثالث (DSM-II & DSM-III) لوصف نوعية الاضطرابات بدلا من استخدامه كفئة تشخيصية معينة ، وذلك يبيح اقامة ثنائية أساسية بين الاضطرابات الذهانية وغير الذهانية والذى يفصل بين الفئات المدونة فى الدليلين بحيث يوفر أحيانا الاساس للتقسيم الى فئات أصغر وأصغر ، كما هو الحال فى تمييز الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II بين الذهانى والزملات المخية العضوية غير الذهانية •

الفصـــام Schizophrenia

على الرغم من أن هذا المصطلح يؤخذ أحيانا ليشار به الى « الشخصية المزدوجة أو المنشطرة » الا أن الفصام لا يشار به الى ما يلاحظ من أن الناس بامكانهم فعل أشياء متناقضة بل يفعلونها فعلا • فحين يحدث ذلك فان هذا المصطلح يشار به الى حالة شرود Fugue State أو شخصية متعددة Multiple personality أو تصدع

وانفصال Dissociation ، كما يتم تصوره على أنه ظاهرة عصابية وبخاصة هستيرية • وبقدر ما يشير هذا المصطلح الى الانشطار فانه فى الفصام انشطار بين الشعور والمعرفة ، وهو حالة ذهانية •

ومن ناحية ثانية فقد تكاثرت تعريفات معينة للفصام وتنوعت بحيث أدت الى تساؤل بعض النقاد عن قيمتها الحالية • ولقد أشار « بين ، سلون» (Payne & Sloan, 1968) الى أنها قد أصبحت تقريبا مرادفا معاصرا «للخبل» و « المجنون أو المجذوب » ، كما أبدى « هارى ستاك سوليفان » Sullivan مرة ملاحظته بأن الفصام لا يعد حتى مرضا ولكنه طريقة حياة (Opler, 1957) ، وكذلك اقترح «بانيستر» (Bannister 1968, p. 181) أن :

« الفصام — من حيث هو مفهوم لفظى — « مارد قوى جبار » ، محكوم عليه بالاخفاق قبل البدء فى رحلته ، وهو مفهوم منتشر بدرجة كبيرة جعلته غير قابل للاستخدام فى اطار علمى » •

وعلى الرغم من المطبوعات التى تربو على الخمسة آلاف ، والتى صدرت قبل عام ١٩٥٨ (Bellak, 1958) وما لحقها من مطبوعات ظهرت بمعدل ثلاثمائة فى العام الواحد ، أى بمعدل نمو مقداره ١٠٪ كل عام ، الا أن كثيرا من البحوث قد زادت المسألة تشوشا واضطرابا (Bannister, 1968) • وان عرضا نقديا تاريخيا موجزا سوف يساعد فى توضيح القضايا الاساسية •

ففى عام ١٨٦٠ ربط «موريل» Morel بين كلمتى «الخبل» و «المبكر» Dementia Praecox ، ليصف حالة من بلادة الفهم أو الحماقة لدى فتى صغير ، والتى انحطت الى حالة من الخبل — أى حالة من التدهور المبكر أو قبل الاوان • وبعد ذلك بثلاثة أعوام قام

«كالبوم» (Kahlbaum, 1863) بوصف حالة أو ظرف طبى نفسى خاص وقع فى البلوغ والذى عبر عنه باسم : « فصام هذائى يحدث فى سن المراهقة » Paraphrenia hebetica ، كما قام فى عام ١٨٧٤ بوصف ما يشار اليه الآن «بالتخشب» Catatonia •

وفى عام ١٨٩٨ قام «كريبلين» Kraepelin بالتأليف بين ملاحظات «موريل ، كالبوم» حيث اقترح أن ما قام به هذان الاثنان من وصف كان مظهرين لمرض واحد سماه « الخبل المبكر » ، واعتبره ناجما عن تغيرات عضوية فى المخ (Raschid, 1967) •

وفى الحقيقة ، لقد عد «كريبلين» مجموعة متنــوعة من الزملات مظاهر لــ « الخبل المبكر » ، وهى تلك المجموعة التى كان معظم المؤلفين فى السنوات المبكرة قد عدوها وحدات مستقلة • وقد ضمن «كريبلين» ثلاثة أحوال سبق وأن وصفها «كالبوم» أو تلامذته وهى : البارافرينيا (الفصام الهــذائى فى سن المراهقــة) ، والهبفرينيا ، والتخشب ، وما يمكن أن نطلق عليه الآن « البارانويا أو الهــذاء » • وفى وقت لاحق ، وعقب اقتراح «بلويلر» Bleuler أضاف «كريبلين» حالة رابعة : أشار اليها بأنها « نوع بسيط » • وكانت السمة العامة التى تجمع بين كل هذه الزملات والتى ركز عليها «كريبلين» هى التدهور التدريجى المؤدى الى الخبل أو العته •

وقد بدأ استخدام مصطلح «الفصام» من «بلويلر» (Bleuler, 1911) ، وانطلاقا من ضمه لأفكار كل من «كريبلين ، فرويد» (Opler, 1957) فقد قام «بلويلر» بتصور زملة «كريبلين» على أنها اضطراب كانت سمته الجوهرية تبدل ملكة الترابط Association (ملكة تداعى المعانى ، والافكار أو الخواطر) • وقد أوحى بأن حالات كالعته أو الخبل المبكر ، وحالات الهذاء ، والهلوسات وذهانات السجن ••• الخ كلها مظاهر سلوكية لعملية مرضية وحيدة يمكن وصفها وكأنها انفصام أو انشطار الشخصية (Henderson & Gillespie, 1969) •

وكما فعل «كريبلين» فقـــد أدرك «بلويلر» أنواعا مختلفة من الفصام ولكنه أوحى بأن التأثيرات البيئية ـــ ظروف خارجية ـــ قامت بدور رئيس فى تحديد السلوك غير السوى (Opler, 1957) وانطـــلاقا من تأكيد «بلويلر» على البيئة الخارجية ـــ لا على المخ ـــ فقد رفض كذلك رأى «كريبلين» بأن الاضطراب سيؤدى لا محالة الى الخبل أو العته ، ومن ثم اقترح أن يحل مصطلح «الفصام» محل «الخبل المبكر».

وقد أقر «ماير» (Meyer, 1910; Meyer, Jelliffie & Hoch, 1911) مفهوم «بلويلر» الاساسى للفصام ، ولكنه قام بتفصيله ليضمنه تاريخ حياة الفرد . فقد شعر «ماير» بأن الفرد ينبغى أن يدرس منذ بداية حياته ، وأن كل العوامل التى قد تسهم فى نمو الذهان وتطوره ينبغى تقييمها . فهو فى الحقيقة قد أنشأ وجهة نظر شاملة عن المرض العقلى: اذ رأى أنه نتاج التأثيرات البيولوجية والنفسية والبيئية المتفاعلة . وقد أصبح «الفصام» اذن « استجابة الفصام » (Arieti, 1959 b) .

وبعد «ماير» ظهر أن التطور الرئيس قد كان فى التعرف الى أنواع مختلفة من الفصام لا فى تفصيل المفهوم ذاته . وقد بلغت المسألة قمتها فى عام ١٩٦٨ ، مع طبع الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى للرابطة النفسية الطبية الامريكية DSM-II ، اذ تم التوسع فى الانواع الاربعة التى قدمها «كريبلين» لتصبح ثلاثة عشر نوعا (وقد حدث عديد من اعادة الصياغة النظرية ، وأكثرها بروزا وجدارة بالذكر تلك الاعادة التى قدمها «لينج» (Laing, 1960, 1964, 1967) و «كوبر» (Cooper, 1967) وبيتسون (Ruesch & Bateson 1951 ; Bateson, Jackson, & Weakland, 1956). ولكن لم يكن لها أى تأثير رئيس على الاتجاه الشائع فى الممارسة الطبية النفسية) .

فاذا كان هناك اتفاق ما فان الاجمـــاع العام قد يكـــون فى أن الفصام بوصفه مجموعة من الاضطرابات التى تتميز باختلال فى المزاج (الشعور) والسلوك (الافعال) والمعرفة (التفكير) ليس مرضا أو اضطرابا

الى حد كبير جدا . وتتضمن اضطرابات الناحية المزاجية الاستجابة الانفعالية المزدوجة والمحدودة الضيقة غير الملائمة ، بالاضافة الى فقدان المشاركة الوجدانية والاهتمام بالآخرين ، كما قد يكون السلوك انسحابيا وارتداديا و/أو غريبا . فى حين أن الاضطراب فى التفكير يتسم بصورة نموذجية بتغيرات فى تكوين أو صياغة المفهوم Concept formation التى قد تؤدى الى سوء تفسير الحقيقة أو الواقع ، كما تؤدى أحيانا الى هذاءات وهلوسات بحيث تبدو غالبا حماية للذات من الناحية النفسية .

والفصام — برغم ذلك — فئة فاصلة مفرقة Disjunctive وقد وصف «شنايدر» (Schneider, 1958) مثلا أحد عشر عرضا تأتى فى المقدمة من حيث ترتيبها ، وأى واحدة منها قد تكفى لتشخيص الفصام اذا حدثت هذه الاعراض فى غياب من المرض العضوى (Newmark et al., 1975) وبالاضافة الى ذلك فانه مع الاستثناء المحتمل لاضطراب التفكير فان أعراض الفصام ليست فريدة وخاصة بالنسبة له . اذ هى خصيصة مميزة لفئات تشخيصية أخرى بالاضافة الى الفصام (Bannister, 1968)

ان الدور الرئيس الذى قام به اضطراب التفكير تاريخيا فى تشخيص الفصام قد أكده كل من « بين ، سلون » (Payne & Sloan, 1968) . وقد أشار «بلويلر» الى مجموعة من الفصامات ، ولكنه لم يعد المجموعات الفرعية المختلفة مستقلة بشكل تام . وقد اقترح بأنه على الرغم من اختلافها فى أعراضها الثانوية الا أنها تتميز جميعا بعدم ترابط الافكار وازدواجية العاطفة ، والذاتية أو انغلاق الذات Autism وسطحية الشعور (Newmark et al., 1975) .

ان عدم ترابط الافكار — الذى يوصف أحيانا بتشظى عمليات التفكير العادية أو تكسرها — يكشف عنه عن طريق فقدان الترابط ، وفقر التفكير وضعفه ، بالاضافة الى العجز عن تقبل التضاربات

المنطقية • وقد فصل « بين ، سلون » (Payne & Sloan, 1968)
القول فى هذا الاقتراح بافتراض أربع زملات مختلفة لاضطراب الفكر
والتى اعتقدا بأنها يمكن أن تزودنا بطريقة بديلة فى تصنيف معظم
المرضى الذهانيين ، وبذلك نتخلص من الحاجة الى مصطلح كالفصام •
فقد وصفا هذه الاعراض بأنها : تأخر متوسط ، وتأخر شديد ، وتفكير
يتميز بالشمولية المفرطة ، بالاضافة الى ادراك يتميز بالشمولية المفرطة•
ولم تلق مثل هذه الطريقة — مع ذلك — قبولا واسعا حتى بين الباحثين،
ومازال الاكلينيكيون يستخدمون مصطلح «الفصام» •

العصــــاب Neurosis

اشتق المصطلح الانجليزى المقـــابل لكلمة «العصاب» من كلمتين
يونانيتين تعنيان « اضطرابا عصبيا » وكان « ويليام كولين » أول من
اســتخدمها (William Cullen, 1769, 1776) فى تصنيف فئة عامة
للأمراض الناجمة عن « الحركات المضطربة أو عن احساسات الجهاز
العصبى » (Howells. 1970, Knoff, 1970) • وقد مثل هذا المصطلح
تقديم مفهوم مرض وظيفى (Riese, 1959) والذى حدد عن طريق
أداء البدن لوظائفه لا عن طريق تركيبه وبنائه ، وقد تضمن مزيجا من
الاحوال العصبية والطبية والطبية النفسية• ولكن ربما كان الامر الاكثر
أهمية هو أن «كولين» من خلال استبداله بالمفهوم القديم لأخلاط البدن،
المفهوم الحديث للجهاز العصبى ، قد مكن الناس من أن يشتكوا من
«العصبية» على الاصح لا من « الاوهام والخيالات » أو من « كونهم
متعكرى المزاج ساخطين » (Chodoff, 1973) •

وقد كان تعريف العصاب Neurosis — كما جاء فى الدليل
التشخيصى والاحصائى الثانى — تعريفا نفسيا فى المقام الاول ، وذلك
من حيث كونه معتمدا على المفهوم النفسى التحليلى ، الذى يعد العصاب
طريقة مرضية للتعامل مع القلق (انظر الفصل العاشر) ، وعلى انعدام

الاعراض المميزة لاضطراب ذهانى . والنتيجة هى مجموعة من الاضطرابات التى تتميز بعرض سائد وحيد ، وذلك كمشاعر القلق أو الاكتئاب أو الوسوسة أو القسر والاجبار أو السلوك الرهابى (الخوف المرضى)ـ الذى يجد معه الفرد ألما وضيقا (Spitzer & Wilson, 1975). وهذه الاضطرابات ليست بيولوجية بدنية فى أصلها ، بل هى اجتماعية ونفسية المنشأ ، كما تسفر عن سوء توافق اجتماعى أقل قسوة من الذهان .

ان مفهوم العصاب مثال جيد لاستخدام المفهوم الذاتى/النفسى للمرض العقلى ، وبرغم أن الخصائص النفسية قد تظل ثابتة ، الا أن الاعراض السلوكية الصريحة تميل الى التغير من ثقافة الى أخرى فى كل من الزمان والموقع الجغرافى . وان جزءا من ذلك يعود الى صياغة المجتمع للتعبير عن الاعراض الدالة على ألم الفرد وحزنه وأساه ، ولكن جزءا منه كذلك يعود الى المحددات الاجتماعية الثقافية لما يأسى له الفرد ويتألم . وبالتالى ، فان المفهوم الحالى للعصاب يتضمن متغيرات نفسية واجتماعية وأخلاقية . وهو متغاير بالقدر ذاته الذى يتغاير به مفهوم «كولين» والذى تضمن متغيرات طبية وعصبية ونفسية طبية، كما أن قيمته أصبحت موطنا للتساؤل (Chodoff, 1973).

وقد حذف العصاب بكل معانيه ــ الا المعنى الوصفى ــ من الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977 ; Spitzer, Williams & Skodal; 1980) حيث ذكر الدليل بالتحديد حقيقة وجود صراع ضمنى نفسى فى كثير من الاضطرابات الطبية النفسية ، وكذلك فى أناس لا يعانون من هذه الاضطرابات .

الهيستيريا Hysteria

يعد التشخيص المسمى بالهستيريا الطراز أو النموذج الاصلى لفئة العصاب العامة . وقد درست الهيستيريا بصفة منتظمة أولا من قبل

«شاركوه» Charcot (Guillain, 1959) ، كما عرفت من الناحية التقليدية بأنها صراع ضمنى نفسى ، أو هى محاولة المريض غير الواعية للاقناع بسلوكه الشاذ غير السوى • ولكنها لم تعرف بالسلوك نفسه على الاصح نظرا لأن السلوك يتم تحديده أو تقريره بشكل أكبر عن طريق البيئة الثقافية الاجتماعية التى يعمل فيها الفرد (Wilson 1931 ; Woolsey, 1976)

وقد عرفت فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II بأنها فقدان لا ارادى للوظيفة أو الفعالية أو اضطراب فيها والذى يتميز بأنه يبدأ وينتهى فى مواقف انفعالية مشحونة ، كما ترمز الى صراع نفسى ضمنى ، ويمكن تعديله عن طريق الايحاء وحده • أما فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث — والمعروف بتأكيده على الاعراض التى يمكن ملاحظتها على الاصح لا على العمليات المستنتجة — فقد أدمج مفهوم الهيستيريا فى الفئات العامة للاضطرابات ذات الشكل الجسمى Somatoform Disorders (المتضمنةأعراضا بدنية لايوجد معها قصور عضوى أو تركيبة (ميكانيزم) فيزيولوجية بحيث يمكن اثباتهما أو اقامة دليل على وجودهما) ، كما أدمج فى الاضطرابات الانفصالية Dissociative Disorders (كالتغيرات المفاجئة المؤقتة فى التكامل العادى للشعور وفى ذاتية الفرد و/أو السلوك الحركى) •

الاضطرابات النفسية الجسمية Psychosomatic

يعد الاضطراب النفسى الجسمى اضطرابا بدنيا — يتضمن غالبا تحطم الانسجة — ناجما عن حوادث اجتماعية أو سيكولوجية لا عن عامل بدنى على الاصح • وقد ابتكر «هينروث» (Heinroth, 1818) هذا المصطلح ليشير به الى الأرق (Kaplan, 1967 ; Mora, Insomnia 1967) ولكنه سرعان ما أصبح مرتبطا بمجال واسع من الاضطرابات تتراوح بين الصداع وشرى (طفح جلدى على صورة بثور تسبب حكاكا شديدا عادة) مارة بربو وقرحات فى المعدة ، الى التهاب القولون المتقرح •

وطبقا للدليـل التشخيصى والاحصـائى الثـانى DSM-II فان الاضطرابات النفسية الجسمية ــ والتى أشـار اليها الدليـل بالاضطرابات النفسية الفيزيولوجية ــ تتميز بانحلال عضو واحد أو انحلال نظام عضوى يشارك عادة فى استجابة انفعالية ، نتيجة لاستجابة قوية مدعمة .

وقد كانت الاضطرابات النفسية الجسمية مجـالا أساسيا لاثارة اهتمام أصحاب النظريات النفسية التحليلية خلال الأربعينيات (انظر الفصل العاشر) . وبرغم ذلك فقد كانت هناك صعوبات كثـيرة فى استيعاب هذا المفهوم . اذ هو شبيه الى حد كبير بمفهوم العصـاب وبخاصة حالات القلق والهيستيريا التحولية ، ولكن كان هناك تساؤل عما اذا كان يمكن اعتبار حالة من الحالات التى تبدو فى صورة أعراض جسمية مرضـا عقليـا . اذ ان ذلك يناقض تمـاما برهان «ساس» (Szasz, 1960) ضد (اعتبار) الزملات المخية العضوية أمراضا عقلية (انظر الفصل الأول) . ونظرا لأن بعض الناس يميزون بين المرض العقلى والامراض الجسمية على أساس من أسبابها ، وبعضهم الآخر يميزون بينهمـا على أسـاس من الأعراض المرضية الظـاهرة فان الاضطرابات العقلية بكل وضوح هى فقط تلك التى ليس لها أعراض جسمية ولا أسباب بدنية . وللأسف فان مثل هذه الاحوال تنـال قبولا بصفتها « مشكلات فى الحياة والمعيشة » أكثر مما تناله من قبول بصفتها «أمراضا» .

وفيما لا يتجاوز السبعينيات من هذا القرن استبدل بالفئة الخاصة بالاضطرابات النفسية الجسمية ، الفكرة القائلة بوجود مجال واسع من الاضطرابات التى كان لها محددات غير جسمية وفى درجات مختلفة متفاوتة (Munro, 1972) . وفى الحقيقة فان الوجود الحقيقى الفعلى لبعض الاضطرابات النفسية الجسمية المعينة التى أثبتت فى الدليـل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II كان محلا للتساؤل . خذ

مثلا لذلك الاضطرابات الدموية والليمفاوية النفسية الفيزيولوجية • (Spitzer & Wilson, 1975) • وبالتالى ، فان التشخيص المعين قد أسقط فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث DSM-III لصالح المحور الرابع IV ، والتشخيص المعين الخاص بـ ٣١٦ر٠٠٠ وهو : « عامل سيكولوجى مؤثر فى الاحوال البدنية » ، بالاضافة الى تسجيل الحالة البدنية على المحور الثالث • ومن هنا فقد تم الاعتراف بدور العوامل غير البيولوجية فى الاسباب المؤدية الى جميع الامراض •

اضـطرابات الشـخصية Personality Disorders

اذا طالعنا هذه الفئة فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثـانى DSM-II فاننا سنجدها فى الحقيقة تغطـى أربع فئـات مختلفة : اضـطرابات الشخصية ، والانحرافات الجنسية ، وادمان الكحـول والمسكرات ، والاعتمـاد على العقاقير • أما فى الدليـل التشخيصى والاحصائى الثالث DSM-III فهناك فئات رئيسة مستقلة للانحرافات الجنسية ، وادمان الكحول والمسكرات ، والاعتماد على العقاقير ، ولكن تعريف « اضطرابات الشخصية » ظل فى جوهره ثابتا لم يتغير •

أما المعايير الخاصة بتشخيص اضطرابات الشخصية فهى تعتمد على علم الظواهر Phenomenology ، أى الوصف العلمى للاضطرابات الواقعية مع اجتناب أى تأويل أو شرح أو تقييم (كأنمـاط السلوك المنسجمة مع الأنا ego-syntonic بدلا من أعراض الرغبات غير المقبولة للذات ego-dystonic) ، وهى كذلك مسلك الاضطراب وسـيره (مدى الحياة بدلا من أن تكون مرحلية) (Spitzer & Wilson, 1975 وبعبارة أخرى ، لقد أصبح السلوك الشاذ غير السوى سـمة مميزة للفرد ، كما أصبح عادة مؤلما وموجعا لأولئك الذين يحتكون بالفـرد المريض أكثر من ايلامه وايجاعه للمريض نفسه • كذلك فان الآخرين يقومون بطلب التدخل العلاجى لمصلحة المريض بدلا من أن يقوم المريض نفسه بطلب ذلك لنفسه •

وقد نوقشت اضـــطرابات الشخصية بتفصيل أكثر فى الفصل السادس •

الاضـــطرابات الجنســـية Sexual Disorders

سوف نقوم بوصف الاضطرابات الجنسية بتفصيل أكثر فى الفصل السادس ، ولكن هناك نقطتين أكثر مناسبة وتلاؤما للمناقشة والدراسة فى الفصل الحالى والذى خصص بصفة أساسية للحديث عن مبادىء التصنيف وقواعده •

استخدم الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II مصطلح « الانحـــرافات الجنسية Deviations » (بدلا من المصـــطلح الأقدم « الانحرافات الجنسية Perversions »)• وقد عرفه هذا الدليل على ضوء الافراد الذين يوجهون اهتماماتهم الجنسية بصفة أساسية نحو ما يلى : أ ـــ موضوعات أخرى غير الافراد المغايرين لهم فى النوع (Sex) ، ب ـــ أو نحو أفعال جنسية لا ترتبط عادة بالجماع أو الاتصال الجنسى ، جـ ـــ أو نحو اتصال جنسى تم فى ظل ظروف غريبة وشاذة •

ولقد انتقد اخفاق الدليل فى تضمين عدد كبير من خلل الوظائف الجنسية ـــ مثل قذف المنى مبكرا (قبل بلوغ ذروة التهيج الجنسى) ، وتقلص المهبل، والاختلال الوظيفى فى هزة الجماع أى الخلل فى الوصول الى ذروة الاثارة لدى الانثى ـــ والتى عدت من الناحية الاكلينيكية أكثر أهمية من بعض الانحرافات الجنسية فى السبعينيات من هذا القرن • (Spitzer & Wilson, 1975) ، ولكن الطريقة التى أعيد بها تصنيف انحراف معين ـــ اللواط أو اشتهاء المثل أو الجنسية المثلية ـــ يعد أكثر أهمية من ذلك بالنسبة لأهدافنا الحاضرة •

ففى عام ١٩٧٢ بدأت الحملة العلمية التى خصصتها الرابطـــة النفسية الامريكية لوضـــع المصطلحات والاحصاءات الخاصـــة بهـــا

ـ بدأت ـ بدراسة ما اذا كان اللواط أو اشتهاء المثل ينبغى اعتباره اضطرابا عقليا • وقد حاول «سبيتزر» (Spitzer, 1973) البرهنة على أنه برغم عدم وجود استنتاج ينبغى اتخاذه دليلا على أن اللواط يعد أمرا عاديا أو مساويا فى قيمته لاشتهاء الغير الا أنه (اللواط) لم يف بالمعـايير الخاصة بالاضطراب العقـلى • وقد تمت المصـادقة بصـفة رسمية على ما اقترحه مجلس الامناء عام ١٩٧٣ من تغيير فى تسميته • ولكن كثيرا من أعضاء الرابطة رفضوا هذا التغيير بحجة أنه غير صحيح أو سليم من الناحية العلمية ، وأنه قد تجاهل نتائج العمل الاكلينيكى لعشرات من السنين فى دراسة اللواط أو اشتهاء المثل • وقد عقد فيما بعد استفتاء بين أعضاء الرابطة أيد فيه ٥٨٪ من الاعضاء قرار تغيير وضع اللواط أو اشتهاء المثل فى مقابل ٤٢٪ لم يؤيدوه ، وفى الطبعة السابعة بل الطبعات اللاحقـة من الدليـل التشخيصى والاحصائى الثـانى DSM-II تم احلال « اضطراب التوجه الجنسى » محل التشخيص (المسمى) باللواط أو اشتهاء المثل (Spitzer & Wilson, 1975) ولا يمكن أن يكون هناك دليل أوضح من ذلك على دور الاحكام النابعة من قيمة اجتماعية فى وضع تعريف لمرض عقلى •

موجـز واسـتنتاجات

من الصعب أن نوفر تصنيفا للأمراض العقلية يتميز بالوضوح والقبول بصفة عالمية ، اذا لم يكن هناك تعريف واضح ومقبول بصفة عالمية كذلك لما نحن بصدد تصنيفه • وبرغم ذلك فمازالت المحاولات مستمرة لتوفير هذا التعريف ، وتعد المحاولة التى يقوم بها الدليـل التشخيصى والاحصائى الثالث الصادر عن الرابطة النفسية الطبيـة الامريكية DSM-III أحدث هذه المحاولات ، ولكن الاحتمال الذى نستبعده هو أن تكون تلك المحاولة هى الاخيرة •

ويميل التاريخ الى السير فى دوائر ، وقد كشف تاريخ التصنيف

فى الطب النفسى مسبقا عن اتجاه دائرى : حيث زيدت الفئات وتوسع فيهـا لتحسين شمولية النظام التصنيفى ، ثم اتبـع ذلك بتقليصها واختصارها لتحسين القدرة على استيعابها وفهمها وفائدتها العملية . ومع تزايد الفئات والاتساع فيها فان أى خطة تشخيصية لا تصبح غير عملية فقط ، بل تميل بشكل متزايد الى الزام من يقومون باستخدامها باستخراج وجوه التمييز والتفريق الدقيقة بين هذه الفئات . ولكن عددا قليلا جدا من هذه الفئات قد يخفق فى ايجاد هذه الوجوه الضرورية من التفريق والتمييز .. ولقد أكد طبع الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث اتجاها آخر كان واضحا فى انتقـاد كل من التصنيف الدولى الثامن للأمراض ICD-8 والدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II : وهو اتجاه ـ بطريقة « فرانسوا دى سوفاج » ـ نحو الوصف الموضوعى المفصل والبعيد عن العمليات المستنتجة وأسباب الامراض المؤدية اليها . وهذا الاتجاه سوف ينعكس وينقلب على وجه التأكيد فى المستقبل القريب . ان التأكيد على الوصف الموضوعى سوف يُحسن بالتأكيد من أساليب التفاهم والتواصل بين مستخدمى المخطط أو المشروع التصنيفى ، ولكن ذلك سيتم على حساب مشروع آخر ذى وظائف أساسية للتصنيف : ألا وهو التقدم فى فهم الظواهر التى يتم تصنيفها . وينبغى للتصنيف العلمى أن يحاول التغلغل الى ما وراء نظام حفظ المعـلومات عن طريق اسـتخدام البطاقات والنعوت التى تتضمن كلا من العلاقات بين الفئات المختلفة وخصائص الفئات : تلك التى لا تبدو ظاهرة فى الحال من المعلومات والبيانات القابلة للملاحظة.

وربما بسبب هذا الاتجاه ماتزال هناك مشكلة واحدة فى حاجة ماسة الى المعالجة بأسلوب قوى متماسك ، ألا وهى ما أصبح يشار اليه بسير Course الاضطراب وتقدمه ، مع افتراضه وجود وحدات مرضية ثابتة ، بيولوجية أو نفسية تتغير أعراضها مع مرور الوقت (Howells, 1970) . ومما يتصل بذلك هو مدى تغير أعراض مرض

ما من عصر الى عصر ومن ثقافة الى ثقافة ، تلك المشكلة التى عاش «بنيديكت» (Benedict, 1934 a) و «ويجروكى» (Wegrocki, 1939) يصارعان معها منذ أربعين عاما مضت .

ومع ذلك فهناك مجموعة صغيرة من الفئات التشخيصية التى تحمل لب المعنى المقبول بصفة عامة ، والذى يتصل عادة بمفهوم أساسى فى دراسة المرض العقلى ـ كالصراع والاتصال بالواقع والاسباب العضوية فى مقابل الاسباب الوظيفية ... الخ ـ كما بقيت حية بعد زوال نوع من تعريفات أو اعادة تعريفات معينة . وقد تم وصف هذه الفئات فى النصف الاخير من هذا الفصل . وسوف نقوم بوصف بعضها بتفصيل أكثر فى الفصول ٤ ، ٥ ، ٦ .

الفصل الثالث

الاجراءات التشخيصية فى الطب النفسى

ناقشنا فى الفصل الأول المفاهيم الأساسية للشذوذ والمرض العقلى ، وفى الفصل الثانى أوجزنا مبادىء التصنيف التشخيصى بصفة عامة ، والبرامج الرئيسة للتصنيف الطبى النفسى بصفة خاصة • وفى هذا الفصل سنقوم بوصف الاجراءات المستخدمة فى الوصول الى تشخيص ما للفرد المريض • ثم نتبع ذلك بمناقشة صدق مثل هذه التشخيصات وثباتها •

ان بعض التشخيصات بديهية بينة بذاتها ، لأنها عادة ما تكون ببساطة اعادة صياغة أو ترجمة للمشكلة الموجودة الى اللغة الاصطلاحية المهنية ، أو اللاتينية ، أو اليونانية • « فالاضطراب السلوكى للطفولة » و « الاستجابة التوافقية للحياة المتأخرة » و « رهاب الخلاء Agoraphobia أو «الخوف المرضى من الارض الفضاء» و «ألم الرأس» Cephalagia كلها مصطلحات وصفية ومشابهة لتشخيصات « التهاب الزائدة الدودية » و « التهاب اللوزتين » فى الطب الجسمى • ولايحتاج الفرد الى اجراءات خاصة للتعرف الى هذه الاحوال : فالاسماء تضمها جميعا • ولكن أحوالا أخرى قد تستلزم مجموعة مكثفة من الاجراءات كل منها قد تم تطويره بوصفه مجالا من مجالات الخبرة الطبية أو المساوية للطبية لدرجة أن الستينيات والسبعينيات من هذا القرن قد شهدت استخدام الفريق التشخيصى الجماعى بدلا من المشخص الفردى فى كثير من المجالات •

ويعتمد أى تشخيص طبى نفسى على معلومات مستقاة من مصدرين أساسيين يغطيان معا ثلاثة مجالات من البيانات والمعلومات التى أكد عليها فى الفصل الاول وهى : فحص حالة المريض البدنية ، والمقابلة الشخصية التى تدمج أخذ تاريخ المريض وفحص وضعه العقلى والتى تستكشف بالتالى الجوانب الثقافية الاجتماعية والجوانب النفسية من وظيفية الفرد وأدائه • ومن الممكن تكميل هذه البيانات والمعـلومات بفحوص واستقصاءات خاصة ، ومن أكثر هذه الفحوص شيوعا تلك التى تقوم بفحص المريض من الناحية العصبية (البيولوجية) ، كما تقوم بتقييمه وتقـديره تقييمـا نفسيا (سيكولوجيا) ، وبتقصى التـاريخ الاجتماعى (الثقافى الاجتماعى) •

الاجراءات التشخيصية البيولوجية

ترى وجهة النظر البيولوجية المتطرفة أن كل المرض العقلى ـ سواء أكان ذلك ما يكشف عنه فى صورة سلوك شاذ أم خبرة مضطربة ـ يعد عرضا دالا على اضطراب بدنى ضمنى (انظر الفصل السابع) • وتلك حقا وجهة نظر متطرفة • وبرغم ذلك فان نسبة تبلغ ٤٤٪ من المرضى المقبولين باحدى وحدات الطب النفسى قد تبين أنهم كانوا يعانون من حالة بدنية تستلزم العلاج (Marshall, 1949) ، وأن نسبة تبلغ ١٢٪ منهم كانوا يعانون من مرض بدنى بصفته عاملا رئيسا معجلا (Johnson, 1968) ، كما وجدت نسبة منهم تبلغ ٢٤٪ تم تشخيصهم ـ من قبل أطباء عموميين ـ على أنهم «عصابيون» قد أظهروا اضطرابات عضوية قابلة للتعرف عليها خلال الاشهر الثمانية التالية لتشخيصهم (Comroe, 1936) • فالفحص البدنى اذن جزء ضرورى من عملية وضع تشخيص طبى نفسى •

الفحص الطبى المعيارى

على الرغم من وجود اختلاف ما فى الرأى بين الاطباء النفسيين

فيما يتعلق بحاجة كل مريض الى فحص طبى كامل ، الا أنه ينبغى على الاقل دراسة الوضع الطبى لكل مريض ، وأن يوضع فى الاعتبار (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) • وسيتم انجاز ذلك فى معظم الحالات بواسطة طبيب الاسرة الذى ذهب اليه المريض أولا طالبا العون والمساعدة ، والذى قام بالتالى باحالته إلى طبيب نفسى • وفى حالات أخرى — من ناحية ثانية — ستكون دراسة الوضع الطبى للمريض مسئولية الطبيب النفسى ذاته •

ويتكون الفحص الطبى المعيارى من مقابلة شخصية يتم من خلالها الحصول على التاريخ الطبى لكل من المريض وعائلته بالاضافة الى الفحص الطبى نفسه • وينبغى لهذا الفحص أن يشمل جميع الاجهزة : الاوعية الدموية القلبية ، والجهاز المعدى المعوى ، والجهاز البولى والتناسلى ، والجهاز الغدى ••• الخ — ولكنه فى الاوضاع الطبية النفسية يؤكد على الارجح على الجهاز العصبى المركزى ، وبذلك يندمج فى الفحص العصبى النيورولوجى •

الفحص النيورولوجى (العصبى)

أن الهدف من الفحص النيورولوجى هو تحديد وجود جوانب شذوذ فى الجهاز العصبى أو انعدام هذه الجوانب الشاذة • فاذا وجدت أى نواح من الشذوذ فى هذا الجهاز فان اهتمام هذا الفحص سينصب على موقعها ونوعها ومداها ، كما سينصب على درجة امكانية استخدام الاجزاء السليمة من الجهاز فى اعادة تأهيل المريض ••

ويبدأ الفحص الروتينى من أعلى مستويات التكامل الى أدناها (Vazuka, 1962) • وتتمثل أدنى مستويات التكامل فى المنعكسات Reflexes ، كما تفحص هذه المستويات عن طريق النقر على الاوتار المناسبة أو بضرب أجزاء معينة من البدن • ويلى ذلك فحص الجهاز الحسى وادراك اللمس والألم ، ويدخل فى ذلك الجهاز الحركى — الذى

يستلزم فحص صحة العضلات وقوتها ثم فحص وظيفة المخيخ التى تتحكم فى التوازن والتآزر • أما المستويات الاعلى فهى الاعصاب الجمجمية Cranial التى تقوم بخدمة الرأس وحواس التذوق والبصر والسمع ، وهى كذلك الوظائف المخية • ويعد اختبار الوظائف المخية فحصا بالضرورة للحالة العقلية (انظر أدناه) •

وهناك عدد من الاجراءات المعملية التى تكمل الفحص النيورولوجى الروتينى ، وذلك مثل الرسم الكهربى للدماغ EEG ، والفحص الدقيق للمخ Brain scan ، والثقب القطينى (متعلق بأسفل الظهر) Lumbar puncture .

المقابلة الشخصية الطبية النفسية

تعد المقابلة الشخصية الاسلوب الذى يؤكد عليه الطبيب النفسى تأكيدا قويا • وهذا الاسلوب ليس فريدا بالنسبة للطب النفسى ، اذ هو أمر أساسى بالنسبة لممارسات جميع المهنيين وبحوثهم والعلوم المهتمة بالسلوك الانسانى فى اطار اجتماعى • وتعد معرفة عملية المقابلة الشخصية فى الحقيقة مطلبا لازما لاجراء أى نوع من خدمات العلاقات الشخصية المتبادلة سواء أكانت صحية أم قانونية أو تربوية • كما أن استخدامها فى الفحوص الطبية والعصبية الروتينية قد دون ولوحظ بصفة مسبقة من قبل الباحثين • ولكنها ذات أهمية أساسية فى الطب النفسى لاعتماد العلاج والفحص برمتهما عليها • فجميع أنواع العلاج النفسى — ابتداء من العلاج المساند أو المعين Supportive الذى يتضمن اعادة الطمأنينة الى المريض وانتهاء بالعلاج التحليلى الذى يهدف الى استبصار الفرد بحالته — تعد تعديلا وتحويرا لطريقة المقابلة الشخصية الاساسية •

وقد خضعت المقابلة الطبية النفسية لتغير كبير خلال الستين سنة الماضية (انظر : Stevenson, 1974) فما كان يعد فترة بسيطة

للسؤال والجواب أصبح تفاعلا ديناميا بين الطبيب النفسى ومريضه حيث يهتم الطبيب لا بما يقوله المريض فحسب — فى كل من اجابته على الاسئلة الموجهة اليه وما يقوله بصفة عفوية تلقائية — بل بالطريقة التى يقول بها ما يقوله ، والتى يبدو بها أمام الطبيب النفسى ، بالاضافة الى ما يفعله المريض • وفى المقابلة الجيدة لا يصغى القائم بالمقابلة فقط أو يستجيب لمن يقابله ، بل انه يلاحظ بوعى وادراك تفاعل المريض بحيث يستخدم ملاحظاته فى السيطرة على التفاعل وتوجيهه الى مدى أبعد ، فهو يعمل فى هذه المقابلة بصفته ملاحظا مشاركا فى الوقت نفسه (Sullivan, 1953 ; Tyhurst 1962) .

وينبثق مفهوم المقابل بصفته ملاحظا مشاركا من نظرية « هارى ستاك سوليفان » فى الطب النفسى (Sullivan, 1953) والتى أورد فيها الادلة مؤكدا على أن البيانات والحقائق الاساسية للطب النفسى هى أحداث مليئة بالعلاقات الشخصية المتبادلة ، بحيث يقوم فيهـا الطبيب النفسى دائما بدور المشارك المنهمك فيها لا بدور الملاحظ البعيد عن الاستغراق والانهماك فى هذه الاحداث على الاطلاق • وسنعود الى مناقشة هذا الموضوع بتفصيل أكثر فى الفصل الثانى عشر •

عمليات المقابلة

لقد تم التعرف الى أربع عمليات رئيسة فى المقابلة الطبية النفسية، وهى : أسلوب المقابل وطريقته ، وادراكه لسلوك المريض وحديثه ، والاستنتاجات والقرارات التى يتخذها المقابل على أساس مما أدركه ، بالاضـــافة الى ارفاق صـــفة أو بطاقة تشخيصية خاصـــة بالمريض (Shephered et al., 1968) • وعلى الرغم من أن هذه العمليات تحدث بالضرورة فى هذا الترتيب الا أن المقابلة نفسها ليست حدثا متتابعا بل حدثا تكراريا ، اذ يمكن تعديل أسلوب المقابل وطريقته على ضوء ادراكه لسلوك المريض وحديثه ، وكذلك يمكن بالتالى تعديل كل من الاسلوب

والادراكات على ضوء الاستنتاجات والتشخيصات المؤقتة التى ..ل اليها المقابل • وفى الحقيقة فان المقابلة التى تدار جيدا تتضمن دائما تنمية وتطويرا للافتراضات المساعدة ، اعتمادا على الملاحظات التى يتم تنقيحها وتعديلها بصفة ثابتة على أساس مزيد من الملاحظات الأبعد مدى بحيث تستمر هذه العملية طوال المقابلة •

وفى مستوى من التحليل أجود الى حد ما — ذلك المستوى الذى يتيح الفرصة لشىء من التبصر فى التفاعل الشخصى المتبادل الذى يقع أثناء المقابلة — تم التعرف الى خمسة مفاهيم أساسية بالاضافة الى مفهوم الملاحظ المشارك (الذى ألمعنا اليه سابقا) • وهذه المفاهيم هى: الاشارة أو العلامة Cue ، والانتقاء أو الاختيار ، والاستجابة الفارقة المميزة ، والمعنى المأخوذ من السياق والاطار ، بالاضافة الى الدور (Tyhurst, 1962) .

مفهوم الاشارة أو العلامة Cue

حين يتفاعل اثنان من الناس فان سلوكهما يتحدد — بصفة جزئية — عن طريق الاشارات أو التلميحات التى يقدمها كل منهما الى الآخر • فالاشارة اذن بصفتها مفهوما تعد مشابهة بصفة مباشرة لما يطلق عليه عالم النفس الاكاديمى مفهوم «المنبه» •

وبالنسبة لأحداث المشاركين فانه يجد هذه الاشارات فى جميع جوانب سلوك المشارك الآخر وفى مظهره كذلك : فبالاضافة الى ايماءاته وكلامه الواضح فان هذه الاشارات تشتمل على خصائص المشارك البدنية ، والتغيرات الفيزيولوجية التى تبدو عليه وفى جلسته وملابسه ••• الخ (انظر: (Ekman Friesen, 1969, 1974) • فهى اشارات تشكل العلامات والاعراض الدالة على المرض العقلى • ولكن التعرف

الى هذه الاعراض أو العلامات يعد استنتاجا يقوم به المقابل (انظر كذلك : Rachman, 1978) .

كذلك فانه ينبغى الاشارة الى نقطة أخرى تتعلق بهذه الاشارات، ألا وهى أنه برغم أن بعضها يتم تقديمه سواء أرضى الفرد أم أبى الا أن بعضها الآخر قد يتحتم على المقابل القيام باستنباطها واستخراجها . فالتعبير عنها يعتمد بالتالى على أسلوب القائم بالمقابلة وطريقته (Leff, 1977) .

مفهوم الانتقاء أو الاختيار

نظرا لأن الاشارات يتم تقديمها طيلة وقت المقابلة ، كما أنها توجد فى كل جانب من مظهر الفرد وسلوكه فمن المستحيل الانتباه اليها جميعا، ولابد من القيام اذن بشىء من الانتقاء والاختيار لما ينتبه اليه من هذه الاشارات . وفى بعض الحالات قد تكون اشارة ما من الاشارات بارزة الى حد كبير قد يتعذر معه عدم الاهتمام بها والانتباه اليها ، فالشخص الذى يتحدث بصوت عال جدا وبسرعة شديدة مع تغييرات سريعة لموضوع الحديث يوجه الاهتمام الى حديثه وعمليات تفكيره على نحو حاسم بدرجة مساوية تماما لرجل يلفت الانتباه الى مظهره البدنى بجلوسه الى مائدة مشطورة نصفين . ولكن فى حالات أخرى يجب أن تكون هناك عملية اختيار وانتقاء أكثر فعالية ونشاطا . وبالنسبة للطبيب النفسى ، فان هذه العملية ستتوقف مرة ثانية على طريقته وأسلوبه فى المقابلة (Leff, 1977) .

ان اختيار الاشارات وانتقاءها ليس مقصورا على الطبيب النفسى أو القائم بالمقابلة ، اذ يقوم بها كذلك الفرد الذى تتم مقابلته . فالاشارات التى يختارها الشخص والتى يستجيب لها أو ينتبه اليها يمكن أن تقدم معلومات مهمة عن اهتماماته واتجاهاته . كما أنه يمكن رؤية بعض الفروق الفردية الواضحة فى الطريقة التى يختار بها الناس جوانب مختلفة من بيئتهم ويوجهون لها اهتمامهم (Mischel, 1977)

وقد قام كيلى (Kelly, 1955, 1963) بشرح هذه الحقيقة بالتفصيل فى نظريتـه عن الشخصية والتى أطلق عليهـا : التكـوين الشخصى Personal construct (انظر الفصل العاشر) •

مفهوم الاستجابة الفارقة المميزة

ان استجابات شخصين مختلفين ستختلف بطريقة ما حتى اذا اختارا الاشارات ذاتها واستجابا لها هى نفسها • وقد أسس مفهـوم الشخصية بصفة تقليدية اعتمادا على دراسة مثل هذه الفروق الفردية فى الاستجابة • فقد تستنتج البارانويا (الهذاء) مثلا من استجابة حذرة لما قد يعده بعض الناس اشارة حميدة غير ضارة أو مؤذية •

مفهوم المعنى فى سياق معين

يمكن تقرير الاشارة نفسها غالبا عن طريق أوضاع من الظروف مختلفة جدا ، فعلى سبيل المثال : تعد النظرة الخالية من التعبـير خصيصة مميزة لكل من المراهق الذى أضناه الحب ، والراشد المصاب بالفصام • ويعد انتقاد «ويجروكى» (Wegrocki 1939) الذى وجهه الى المفهوم الثقافى الاجتماعى للمرض العقلى والذى قدمته «بنيديكت» (Benedict, 1934 a) دليـلا جوهريا على هذه النقطـة ، (انظـر الفصل الاول) • وتبدو أهمية ذلك بالنسبة للمقابلة التشخيصية فى أنه ينبغى ألا نقوم باستنتاج ما يتعلق بمعنى اشارات منفصلة عن الموقف ومدلولها ، بل بمعنى اشارات تقع فى سياق اشارات أخرى تزودنا بمعلومات عن الوضع الاجتماعى العام للفرد ومدلولها ، وعن توافقه ، والأسباب التى تجعله يسلك بالطريقة التى يفعلها ويتصرف بها •

من ناحية ثانية فان السياق يعنى أكثر من الوضـع الاجتماعى للفرد وتوافقه ••• الخ • فهذا فى الحقيقة هو مظهره الأقل وضوحا • ومن وجهة نظر المريض فانه من المرجح بصفة أكثر أن يكون الوضع

المادى البدنى للمقابلة هو السياق ، وذلك كالغرفة التى تجرى فيها المقابلة ، فهى مليئة بالاشارات والتلميحات التى يمكن أن يكون لها تأثير شديد على سلوكه •

ويعد ملبس المقابل وطريقته المميزة فى الكلام أو السلوك أو الاسلوب أحد الملامح الخاصة للسياق البيئى • فالمعطف الابيض مع سماعة الطبيب المعلقة فى جيب المعطف بالاضافة الى حلة ذات ثلاث قطع مع وردة فى طية صدر السترة وبلوفر برقبة عالية وبنطلون فضفاض ••• كل ذلك يؤدى على الارجح الى استجابات مختلفة للسؤال نفسه الموجه الى من يقابل • واعترافا بأهمية هذه الخصائص البيئية فقد قامت كثير من وحدات الطب النفسى فى الستينيات بازالة شارات مكاتبها وعلاماتها المميزة — كالمعطف الابيض مثلا — من هيئة العاملين فى هذه الوحدات لما مالت اليه مثل هذه الزخارف من تحديد السياق أو الاطار المكانى والوظيفى وتعريفه بطريقة عدت آنذاك مناقضة للممارسة العلاجية النفسية الجيدة •

ويتسق هذا الاجراء مع مفهوم الايثولوجيين (المتخصصين فى علم الاخلاق الاجتماعية) عن الاقليمية (Lorenz, 1966) القائل بأن الفرد حين تتم مقابلته فى اطار من بيته الخاص ينبغى أن يتصرف ويبدو بمظهر مختلف عن تصرفه ومظهره حين يقابل فى مكتب الطبيب النفسى• ولكن أحد المضامين الاكثر اتصالا بذلك الى حد بعيد هو ما لوحظ من أن معظم الزملات الطبية النفسية الرئيسة كانت قد شرحت ووصفت فى الاصل خلال السنوات الاخيرة من القرن التاسع عشر والسنوات الاولى من القرن العشرين — أى قبل عام ١٩٥٠ • وقد تم ذلك قبل التعريف بأنواع العلاج المعاصرة التى تستخدم الادوية والعقاقير ، وقبل وقت ما حين يحتمل أن تكون الاتجاهات الاجتماعية آنذاك تجاه المرض العقلى قد اختلفت • ولكن ذلك كان أيضا عصرا من الطب النفسى الذى كان يمارس فى مؤسسات خاصة بالاقامة الداخلية ، كما أن الوصف

التقليدى للزملات الذهانية ـ بنوع خاص ـ تمثـل سلوك المريض وتصرفه من خلال وضع تسلطى يخضع فيه المريض وحقوقه اخضاعا كاملا لنظام الاقامة فى المؤسسة ومصلحتها • وقد تميز الطب النفسى فى الستينيات والسبعينيات من هذا القرن بالتحرك بعيدا عن المؤسسات العلاجية الداخلية الكبيرة والاتجاه نحو معالجة المرضى فى بيوتهـم المرتبطة بجماعاتهم وجالياتهم (انظر الفصل الثالث عشر) ، كما يلاحظ كثير من المختصين فى الصحة العقلية اليوم أن سلوك مرضاهم لا يتطابق مع الاوصاف الواردة فى الكتب المقررة التقليدية •

مفهـوم الدور

لقد عرف الدور بأنه « السلوك أو السلوك المتوقع المرتبط بوضع أو حالة داخل تركيب اجتماعى ما (Wiggins et al., 1971, p. 100) وفى المقابلة الشخصية ، يتخذ كل من المشاركين فيها دورا ، كما يخصص كل منهما للآخر دورا • ومن المهم من وجهة نظر المريض أن يكون سلوك القائم بالمقابلة وتصرفه متساوقا بالضرورة مع الوضع الذى يتم فيه اجراء المقابلة ، نظرا لأن ذلك الوضع يحدد بصفة جوهرية توقعات من تتم مقابلته (المريض) • وأى تناقض أساسى فى سلوك القائم بالمقابلة وتصرفه سيؤدى الى نقل اشارات وتلميحات متناقضة الى من تتم مقابلته ، بالاضافة الى تسببه فى فترة من الاضطراب والتشوش بل انه يؤدى حتى الى انعدام الثقة •

مفهوم الملاحظ المشارك

يتخذ الناس عديدا من الادوار ، ولكن الدور الذى ينبغى للقائم بالمقابلة اتخاذه ـ بوصفه مقابلا ـ قبل كل الادوار الاخرى هو دور الملاحظ المشارك معا •

فالمعلومات التى حصل عليها الطبيب النفسى أثناء فترة مقـابلة

أجريت جيدا لم تتم ملاحظتها ببساطة : حيث قد استثيرت و/أو اختبرت بطريقـة أو أخرى من قبـل الطبيب النفسى • ومن بين الخصائص الرئيسة التى يتميز بها المقابل أنه يدير عمليـة تجمع بين المشاركة والملاحظة الواعية • ولكن مفهوم الملاحظ المشارك يعنى شيئا أكثر من ذلك ، اذ لا يقوم المقابل فقط بالانصات والاجابة ، بل انه يستخدم ملاحظاته فى صياغة افتراضات تقود استجاباته وأسلوبه فى المشاركة•

وفى ظل الظروف العادية فان ادارة المقابلة طبقـا للاستنتاجات والتشخيصات المؤقتة يؤدى الى مضاعفة فعاليتها : اذ لا توجه للمقابل أسئلة غير ضرورية ، كما أن وقت المقابل لا يضيع هدرا بالاضافة الى عدم خضوع المريض لضغط غير ضرورى • فاذا أنجزت المقابلة الى درجة مفرطة زائدة عن الحد فان ذلك على كل حال قد يؤدى الى انهاء المقابلة انهاء مبتسرا أو غير ناضج ، كما قد تؤدى الى الاخفـاق فى استخراج معلومات ، مما قد يؤدى الى رفض التشخيصات المؤقتة بدلا من قبولها على الاصح (Leff, 1977) • ولهذا السبب فان المقابلة الطبية النفسية تعطى قدرا مؤكدا من البناء والتنظيم بالاضافة الى اشتمالها على التاريخ الشخصى للمـريض وفحص وضعه من الناحية العقلية •

التاريخ الشخصى : فحص الحالة العقلية بشكل غير مباشر

كما لاحظنا سابقا فان الفحص الطبى المعيارى يتضمن تسجيل التاريخ الطبى لكل من المريض وعائلته • فذلك التسجيل – على كل حال – مكمل بالضرورة للفحص البدنى • وفى الطب النفسى – حيث يعد كل من طبيعة الاضطراب وسببه أمرا نظريا أكثر من كونه حقيقة – يعد تسجيل التاريخ الشخصى أمرا ذا أهمية أساسية ، وهو ما يشار اليه فى بعض الاحيان بالفحص غير المباشر للحالة العقلية •

وينبغى أن يزودنا التاريخ الشخصى الكامل بصورة عن نمو المريض

وتطوره وتوافقه طوال حياته ، كما ينبغى أن يتضمن المظاهر البيولوجية والنفسية والاجتماعية لتطوره • ولهذه الغاية ينبغى لهذا التاريخ أن يشتمل على معلومات تتعلق بالعوامل الوراثية والاسرية التى يحتمل أن يكون لها تأثير على شخصية المريض ومرضه ، كما تتعلق بتفاصيل عن الحمل والولادة ، وتطوره من الطفولة الى حياة الرشد وتوافقه مع المدرسة والعمل والزواج والمجتمع • ومن هنا فان التاريخ الشخصى ينبغى أن يدون تاريخ كل من الصحة البدنية والصحة العقلية ، وأن يزودنا باشارة ما عن أداء المريض قبل أن يصبح مريضا ، أى عن شخصيته قبل المرض •

فحص الحالة العقلية

يعد الفحص المباشر للحالة العقلية النظير العقلى للفحص البدنى ، فهو تقييم وتقدير روتينى لكل العمليات العقلية الرئيسة ، ويتضمن وصف مظهر المريض ، وسلوكه العام ، ونشاطه الحركى ، وحديثه ، وحالته المزاجية ، كما يتضمن أداؤه المعرفى والذى يشمل يقظته أو انتباهه وموقفه تجاه مرضه بالاضافة الى رد الفعل الذى يثيره فى الفاحص أو المختبر (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) ويتضمن فحص الاداء المعرفى — بنوع خاص — بنودا معينة مأخوذة غالبا من اختبارات سيكولوجية مقننة ، وذلك كالقدرة على ترديد سلسلة متتابعة من الاعداد، وذكر معانى أمثال وأقوال مختارة •

ولا ينفذ فحص الحالة العقلية فى مرحلة خاصة من مراحل المقابلة الطبية النفسية ، بل ينبغى البدء به عند الاتصال بالمريض أول مرة ، كما ينبغى أن يمتزج بالمقابلة ، مع أسئلة وتفصيلات معينة توجه الى المريض فى مراحل مناسبة من المقابلة • من ناحية ثانية فان فحص الاداء المعرفى بقدر ما يستلزمه من تطبيق غير رسمى لبعض الاختبارات النفسية سيكون أكثر بناء وتنظيما من أجزاء أخرى من المقابلة ، كما سيكون أفضل عادة اذا ما طبق فى نهاية المقابلة (Tyhurst, 1962) .

تنظيم اجراء المقابلة وجدولتها

رغبة فى التخلص من بعض التغير والاختلاف فى طريقة المقابلة وأسلوب اجرائها والذى ينتج عن الاختلافات بين الاطباء النفسيين من حيث خبراتهم وتدريبهم (انظر أدناه) فقد ظهر عدد من المحاولات لتقنين الملاحظات والاسئلة الموجهة الى المقابل بالاضافة الى تسلسل الاسئلة الموجهة اليه وتتابعها ، وكذلك لتقديم بعض التوجيهات الخاصة بتسجيل الملاحظات والاستجابات التى يقوم بها المريض (Spitzer, Burdock & Hardesty. 1964 ; Wing et al., 1967 ; Spitzer, Endicott Mesinkoff & Cohen, 1967-68 ; Burdock & Hardesty, 1968 ; Spitzer, Endicott, Fleiss & Cohen; 1970). ويؤدى بنا ذلك الى الحديث عن موضوع التقدير أو التقييم السيكولوجى وقضيتى ثبات المقابلة التشخيصية وصدقها •

التقييم والتقدير السيكولوجى

ترجع جذور علم النفس الاكلينيكى الى جانبين متميزين من نظامه الأصلى هما : نظريات الشخصية الدينامية واجراءات القياس السيكولوجى (Watson, 1953) • ومن الجانب الاخير تطور التقدير والتقييم السيكولوجى ونما ، ولكن أثناء فترة تطوره من تقييم العمليات الحسية والمعرفية الى تقييم الشخصية تم نموه ليلائم النظريات الدينامية ويتوافق ويتكيف معها • وحين ننظر الى علم النفس التحليلى على هذا الضوء فانه من الأسهل أن نتعامل مع بعض التأمل المطلق أو اللاعقلانى الذى يحيط بالاختبار النفسى وبخاصة استخدام الطرق والاساليب الاسقاطية •

والاسلوب القياسى (السيكومترى) هو بالضرورة مقياس كمى ومقنن لعينة من السلوك ، ويتضمن التقنين اتساق الاجراء المستخدم

فى تطبيق الاختبار وتقدير درجاته • ففيما يتعلق بتطبيق الاختبار فان هذا الاتساق يتضمن وصفا دقيقا للمواد المستخدمة ، والحدود القصوى أو الدنيا من الوقت ، والتعليمات التى توجه الى المريض ، والشروح والتوضيحات الاولية عن طريق الاستعانة بالامثلة ، بالاضافة الى طرق التعامل مع الاسئلة الموجهة ••• الخ • أما فيما يتعلق بتقدير الدرجات فان الاتساق يتضمن وضع المعايير •

والاختبارات النفسية ليس لها معـايير محـددة بصفة مسبقة «لاجتيازها» أو « الاخفاق فيها » ، اذ يتم تقييم الدرجات التى يحصل عليها شخص ما بمقارنتها بالدرجات التى حصل عليها الآخرون • ومن هنا فان الاختبار — فى عملية تقنينه — يطبق على عدد كبير من الناس• وتزودنا الدرجات التى يحصل عليها هؤلاء الافراد — والذين يصطلح عليهم بعينة التقنين — باطار مرجعى (معايير) يرجع اليه لتفسير درجات فرد ما • ولا تحتوى الدرجات الخام الا على معنى ضئيل • اذ لايتضح هذا المعنى حتى يعرف أن ٥٠ فى المائة من أفراد المجتمـع العاديين — مثلا — يحصلون على درجة مقـدارها ٧٥ من ١٠٠ ، وأن درجة مقدارها ٧٠ من ١٠٠ يمكن النظر اليها على أنهـا درجة منخفضة • وبالتالى فان الدرجات الخام يتم تحويلها الى درجات توضح قيمتها بالنسبة للدرجات التى حصل عليها أفراد عينة التقنين ، كما فى الرتب المئينية أو الدرجات المعيارية أو وحدات الانحراف المعيارى •

كمـا وصفت الاساليب السيكومترية أيضا بأنهـا «موضوعية» Objective ، فان التطبيق والتصحيح وتفسير الدرجات كله موضوعى بمعنى أنه مستقل عن الحكم الذاتى للفاحص الفرد ، وأن المفحوص يمكن أن يحصل على الدرجة ذاتهـا بصرف النظر عمـن يختبره • والموضوعية نتاج التقنين الجيد •

وبرغم اجراءات التقنين فانه من المهم أن نتذكر أن معظم الطرق

القياسية النفسية تطبق فى اطار من الوضع الذى تتم فيه المقابلة ، وأن أى تفسير لنتائج الاختبار يتوقف على عدد من الافتراضات :

(١) أن المختبر يحظى بدرجة ملائمة كافية من التدريب والمهارة فى تطبيق الإختبار وتفسير نتائجه •

(٢) أن الفرد الذى يتم اختباره لديه خبرة سابقة مشابهة (لخبرة أفراد عينة التقنين) ولكن ليست بالضرورة مطابقة لها •

(٣) أن عينة السلوك المأخوذة فى موقف الاختبار ملائمة كافية فى قدرها وأنها تمثل القدرة التى يتم اختبارها •

(٤) السلوك الحالى هو الذى يلاحظ فقط •

(٥) استنتاج السلوك الذى سيتم فى المستقبل •

(٦) أن الخطأ سيكون موجودا •

اجراءات التقييم والتقدير

غالبا ما يتم تحويل الحالات للتقييم السيكولوجى فى وضع طبى نفسى حين يحتاج الطبيب النفسى الى معلومات لا يمكن الحصول عليها بسرعة وسهولة من المقابلة التشخيصية العادية (Rosenwald, 1974) ويمكن تحليل العملية بأكملها الى تسع خطوات اجرائية تغطى أربع مراحل أساسية (Sundberg & Tyler, 1962 ; Pope & Scott, 1967) وهى :

الاعــداد للاختبــار

(١) يقوم مصدر التحويل بصياغة سبب للتحويل ، فمثلا : هل هذا المريض متخلف عقليا أو ذهانى ؟

(٢) يقــدم سبب التحــويل بصــفته التماســا للتقييم النفسى السيكولوجى ، مثلا : التقييم التشخيصى •

(٣) يقوم الاخصائى النفسى باعادة صياغة السؤال فى عبارات وثيقة الصلة بالطرق والوسائل التى يستخدمها : كأن يذكر مثلا : هل هذا الشخص ذكاؤه منخفض ؟ أو هل لديه اضطراب نوعى فى التفكير؟

(٤) الحصول على معلومات (من المريض نفسه ، أو من مصدر التحويل ، أو من السجلات الرسمية ... الخ) عن التقييمات النفسيه السيكولوجية السابقة لكى يتسنى الحصول على خط رئيسى يتخذ قاعدة لمقارنة نتائج الاختبار الحالية به .

(٥) يختار عدد من الاختبارات والادوات السيكولوجية الاخرى التى تعد مفيدة فى الاجابة عن سؤال التحويل : كأن يختار مثلاً مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler, 1958) واختبار رورشاخ (Rorschach, 1942) .

المعلومات المدخلة Input

(٦) يقوم الاخصائى النفسى بتطبيق اختبارات متنوعة وطرق مختلفة ، مدونا ليس فقط اجابات الاختبار المعينة التى يدلى بها المريض، بل يدون كذلك سلوكه العام فى موقف الاختبار .

معالجة المعلومات

(٧) يتم تقدير درجات الاختبارات والطرق المختلفة .

(٨) يقوم الاخصائى النفسى بتفسير النتائج وصياغة استنتاجاته عن المريض اعتمادا على تفحص درجات الاختبار ، واجابات الاختبار الفردية المحددة ، والتأمل فى البيانات المتعلقة بملاحظة المريض وتفاعله مع المختبر ، بالاضافة الى اعتماده على مقارنة البيانات والحقائق الحالية بنتائج التقييمات السابقة .

اخراج Output المعلومات

(٩) كتابة تقرير عن حالة المريض .

الطرق القياسية النفسية

يمكن تصنيف الطــرق القياسية النفسية المختلفة المستخدمة فى اجراء التقييم النفسى الى أنواع عدة طبقا للوضع الذى تستخدم فيه هذه الطرق وللقدرة التى يتم تقييمها وتقديرها ... الخ . ويعد التصنيف المعتمد على طبيعة الطريقة المستخدمة نفسها أكثر نفعا وفائدة لأهدافنا الحالية . ومن هذه الوجهة يمكن التعرف الى أربعة أنواع مختلفة :

١ ــ مقاييس التقدير .

٢ ــ الاستخبارات وقوائم التقرير الذاتى .

٣ ــ الاختبارات .

٤ ــ الطرق الاسقاطية .

مقاييس التقدير

يتكون مقياس التقدير من متصل Continuum (سلسلة متصلة محددة) أو بعد dimension سلوكى أو مظهرى محدد ــ كسلوك العلاقات الشخصية المتبادلة مثلا ــ بحيث يقدر الفرد على هذا المتصل أو البعد . وقد يكون المقياس مجموعة من الفئات المرتبة المصحوبة بأرقام ، أو سلسلة من الصفات أو العبارات الموجزة أو التعبيرات المرتبة فى تتابع مطابق للمقدار أو الخطورة أو أى ســمات كمية أخرى ، بحيث يدل التتابع على تزايد المقدار أو الخطورة أو السمة أو تناقصها . ويجوز أن يكون المقياس خطا ينتهى بنقطتين فى طرفيه بحيث تأخذ كل نقطة رقما يميزها وبحيث يعتمد عليهما المقدر فى تقدير درجة السلوك أو مقداره ، والذى يلاحظه فيما يتعلق بمعيار ما من المعايير .

ويمكن اكمال مقاييس التقدير اما بواسطة المريض نفسه أو شخص آخر كصديق حميم أو قريب من أقاربه أو ممرض وصى عليه ، أو الطبيب الذى يجرى المقابلة . ويعد الطبيب المقابل أكثر هؤلاء الافراد

شيوعا فى اكمال مقاييس التقدير ، كما أن بعض جداول المقابلة التى تم تطويرها قد أدمج فيها هذا النوع من المقاييس •

الاستخبارات وقوائم التقرير الذاتى

اذا كان المريض هو راوية نفسه والمنبىء عنها والمخبر بها ، (أى مقدم معلومات خاصة به عن نفسه) فان الطريقة الاكثر شيوعا فى هذه الحال هى أن يقدم له عدد من الاسئلة التى تتعامل مع مظاهر تتعلق بمتغير معين كالألم أو الأسى أو الضيق الذاتى ، أو القلق ، أو العصابية •

وتعد صحيفة البيانات الشخصية Personal Data Sheet التى وضعها «وودوورث» (Woodworth, 1920) النموذج الأصلى لقوائم التقدير الذاتى • ولقد كانت هذه القائمة أساسا محاولة لتقنين المقابلة الطبية النفسية ، ولتكييفها كاجراء لفحص عدد كبير من الناس فى وقت واحد •

وتعد قائمة مينيسوتا متعـددة الاوجه للشخصية Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Hathaway & Mckinley, 1940, 1943) أكثر القوائم المستخدمة على نحو واسع اليوم، وقد صممت — شأنها فى ذلك شأن صحيفة «وودوورث» المذكورة أعلاه — لتكون وسيلة قياس سهلة التطبيق ، وبحيث يمكن بواسطتها التعـرف الى الفـرد العصابى فى وقت مهنى أقل من الوقت الذى تستغرقه المقابلة الطبية النفسية العادية • وعلى حين كانت القوائم القديمة التى صدرت فى سنين سابقة قد صممت اما لقياس المفهوم العام «للعصابية» أو لقياس سمات معينة كالنقص أو «كالدونية» مثلا فان قائمة مينيسوتا متعددة الاوجه للشخصية كانت أولى القوائم التى صممت لقيـاس الزملات الاكلينيكية النوعية •

وتتطلب معظم الاستخبارات والقوائم اجابة بسيطة بـ « نعم/لا » أو بـ « صواب/خطأ » • وفى بعض الحالات قد توزن بنود معينة

أو قد يكون هناك مدى موزون للاستجابات خاص بكل بند ، مثل : (أبدا مطلقا = صفر ، أحيانا = ١ ، غالبا = ٢ ، دائما = ٣) ، ولكن فى حالة الاستخبار الخاص بقياس متغير أو متغيرات محددة فانه يمكن الحصول على هذا القيـــاس الكمى عن طريق جمـــع عدد الاجابات الايجابية .

الاستخبار من نوع « ك »

يعد نوع « ك » Q-sort تنويعا للاستخبار، فقد قام ستيفينسون (Stephenson, 1953) بتطـــوير طريقة يبدى فيها الفـــرد آراءه عن مفهـــوم الذات Self-concept لديه ، بحيث تبنى هذه الآراء على أساس من المقارنة بينها وبخاصة عند تغير هذا المفهوم . وقد أطلق «ستيفينسون» عليها وسيلة « ك » وقد عدلت هذه الطريقة فيما بعد لتشكل ما يعرف بـــ «نوع ك» (Butler & Haigh, 1954) وهو أسلوب قد أصبح يستخدم بتوسع من قبل «روجرز» Rogers والمعـــالجين الذين ترتكز طريقتهم فى العلاج حول العميل ، وذلك لقياس التغير فى مفهوم الذات أثناء العلاج النفسى (انظر الفصلين ١٢ و ١٤) .

ويعطى المريض فى هذا النوع من الاستخبار سلسلة من البطاقات التى يكتب فى كل منها عبارة مرجعية ذاتية مثل : « انى سعيد » ، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يقوم بتصنيف هذه البطاقات فى توزع مرتب مقدما على طول متصل يبدأ بـــ « صفة حقيقية من صفاتى » وتنتهى بـــ « ليست صفة من صفاتى » . وفى الواقع ، فان المريض لابد أن يقوم بتقييم نفسه وتقديرها على أساس عدد من الابعاد (البطاقات) المختلفة ، ولكن التقديرات الاجمالية لهذه الأبعاد المختلفة قد أعدت بحيث تقارب التوزيع الاعتدالى . وهذا الاجراء يتيح حساب معاملات الارتباط بين اثنين أو أكثر من هذه التقديرات مثل « مفهوم الذات » أو « المفهوم المثالى » أو مفهوم الذات قبل العلاج ومفهوم الذات بعد العلاج (Liebert & Spiegler, 1978) .

الاختبـــارات

تعتمد مقاييس التقـــدير والاستخبارات والقوائم على الملاحظة الدقيقة و/أو التذكر فى سبيل اكمال هذه الثلاثة . ولكن السلوك الذى يتم تقديره أو السؤال عنه يعد العامل الجوهرى المؤثر فى الاجابة عنها. وتفترض الاختبارات الحقيقية أن هذا العامل الجوهرى المؤثر يتمثل فى القدرة النفسية التى يعتمد عليها اكماله ، وأن هذه الاختبارات قد صممت وأعدت بطريقة تتعلق موضوعيا باختبار تلك القدرة .

وتعد اختبارات الاداء المعرفى والذكاء أفضل الاختبارات التى طورت درجة ومرتبة . وتتضمن هذه الاختبارات بصـــورة نموذجية سلسلة من المهام أو الاسئلة المتدرجة فى صعوبتها ، والتى يقيم بهـــا الناس طبقا للعدد الذى يمكنهم اكماله ، أو لمهمة معروفة بصعوبتها ، مما يحتاج معها الناس الى مقادير مختلفة من الوقت لاكمالها ، أو مزيجا منهما معا . وأيا كانت الطريقة المتخذة لذلك فانه من المهم ملاحظة أن الاختبارات السيكولوجية لا تقدم لنا قياسا مباشرا للقدرة التى هى موضع الاهتمام . وكما لاحظنا سابقا ، فان الاختبارات النفسية تسمح فحسب بمقارنة أداء فرد ما من الافراد فى اختبار ما بأداء مجمـــوعة مرجعية ما والتى اصطلح عليها بعينة التقنين .

الطـــرق الاسقاطيـــة

تنفرد الطـــرق الاسقاطية بتميزها بمقـــومات رئيسة تتمثل فى تخصيصها لمهمة مبهمة غامضة أو مجملة غير مفصلة ، مما يضع قيودا قليلة على اجابات المريض ، كما تتمثل فى احتوائها على عدد كبير من المتغيرات التى يمكن استخدام أى اختبـــار لقياسها . ومع استخدام الاستخبارات والقـــوائم فان اجابات المريض عليهـــا تأتى محـــدودة الى حد كبـــير ، اذ يمكن للمرضى أن يجيبـــوا عن هذه الاستخبارات أو القـــوائم بـــ « نعم » أو « لا » أو « ربما » أو « جائـــز » . من ناحية أخرى فان مقاييس التقدير والاختبارات الحقيقية تمدنا بمدى أكبر قليلا ولكنها مخصصة بصورة نموذجية لقياس متغيرات مستقلة .

وتتضمن الطـــرق الاسقاطية الاكثر شيوعا احتبـــار تداعى الكلمات Word Association, وترابطها (Jung, 1910, 1918) ، واختبار اكمال الجمل (Forer, 1950) ; Rotter & Refferty, Sentence Completion 1953 واختبـــار رســـم شخص (Machover, 1949) Draw-a-Person واختبارتفهم الموضوع (Murray, 1938, Thematic Apperception Test 1943) وأخيرا اختبار رورشاخ (Rorschach, 1942) . (انظر : Anderson & Anderson ; 1951) .

وتعد الطـــرق الاسقاطية أكثر اشـــتهارا وشـــيوعا بين كل من الاخصـــائيين النفسيين المتوجهين توجهـــا نفسيا تحليليا والاطبـــاء النفسيين ، والذين يميلون الى الافتراض بأن استجابات المريض تحددها العمليات اللاشعوية بصفة جوهرية أساسية • فبناؤها التركيبى المحدود يؤدى ـــ بصفته الماعات واشارات Cues ـــ الى زيادة التأثير النسبى لشخصية المريض وخبراته السابقة على تقرير استجابته ، ونظرا لأن أهداف هذه الطرق أكثر غموضا وابهاما لذا فانها تؤدى الى مواجهـــة المريض لصعوبة أكبر فى اعطاء استجابة مضللة • ويكمن قصـــورها الرئيسى فى افتقارها الى الموضوعية فى تقدير درجاتها • ويمكن الحصول على مستوى معقول من الاتفاق بين مختبرين مختلفين بتدريبهما تدريبا مكثفـــا على اســـتخدام نظام معيـــن لتقـــدير الدرجات (Goldfried, Stricker & Weiner, 1971) ، ولكـــن مازال التســـاؤل قائما عما اذا كان المختبران يقيســـان فى الحقيقـــة جـــوانب الشخصية ذاتهـــا التى يزعمـــان قياسها (Nunnally, 1967) •

ويشار الى الاتفاق بين اثنين مختلفين من المختبرين بالثبات ، بينما يطلق الصدق على ما اذا كان الاختبار يقيس حقا ما يفترض منه أن يقيسه • ولا تقيم الوسائل القياسية النفسية فقط طبقا لصدقهـــا وثباتها ، بل ان العملية التشخيصية برمتها يمكن تقييمها بهذين الشرطين•

الثبـــــات

يشار بالثبات Reliability ــ بمعناه الاكثر عمــومية ــ الى الاتساق الذى يمكن بواسطته ترتيب الظواهر الى مراتب وفئات ، بصرف النظر عما اذا كانت هذه المراتب والفئات نفسها تحمل أى معنى أو مغزى • فالثبات تبعا لذلك يعد مطلبا أساسيا لجميع الانظمة التصنيفية•

ومن الامور الطبيعية فى علم النفس ألا يشار الى الثبات الى حد كبير ، بل يشار الى أنواع عديدة من الثبات • وقد عدد كاتل (Cattell, 1957) أحد عشر نوعا مختلفا من ثبات المقاييس ، ولكن الاطبــاء النفسيين والمختصين فى علم النفس المرضى يهتمون أساسا بنوعين فقط من الثبات : ثبات اعادة التطبيق Test-retest ، وثبات الصيغة الموازية Parallel form (أو الصــور المتكافئة) من الاختبــار • (ويستفيد علمــاء النفس الاكلينيكيون كذلك ــ فى تقييمهم للطــرق النفسية ــ من ثبات التنصيف Split-half ، كما أن علماء الاوبئه سوف يشيرون الى ثبات ما بين مجتمعات الافراد • ولا يمكن استخدام ثبات التنصيف ــ انطلاقا من طبيعته الحقيقية ــ فى تقييم العمليــة التشخيصية ككل ، أما ثبات ما بين مجتمعات الافراد فانه يفترض ــ غالبــا دون أى برهان مؤيد له ــ أن مجتمعى الافراد المختلفين يعانيان من معدلات مرض متشابعة (Zubin, 1967 ; Spitzer & Fleiss, 1974)

وتستمد المعلومات المتعلقة بثبات التشخيصات الطبية النفسية من مصدرين رئيسين هما : المحاكم القانونية والبحث العلمى • وانه لحادث شــائع فى بريطانيا ومحــاكم أمريــكا الشمالية بالنسبة لشخص من الاشخاص متهم بارتكاب جريمة القتل العمد أن يدخل أمام القضــاء لدفع هذه التهمة عن نفسه بسبب خبله وجنونه • فمن المتعذر حينئذ

ألا يقدم الدفاع وجهة الادعاء (المدعى ومحاموه) أطباء النفس بصفتهم شـــهودا خبراء ليختلفوا فى الرأى حول المتهم (انظـــر : Ennis & Litwack, 1974) • من ناحيـــة ثانية فان البحث العـــلمى - بضوابطه وتحليلاته — يزودنا بمصدر من البيانات والحقائق والمعلومات أغنى وأكثر ثراء •

وقد تم اجراء عدد كبير من الدراسات المتعلقة بثبات التشخيصات الطبية النفسية ، ومن الدراسات التى يتكرر ذكرها بصفة غالبة تلك الدراسة التى قام بها «آش» (Ash, 1949) ، فقد قام بفحص ٥٢ مريضا ذكرا بواسطة طبيبين أو أكثر من الاطباء النفسيين — بحيث تم فحص ١٧ منهم بواسطة طبيبين بينما فحص ٣٥ مريضا بواسطة ثلاثة أطبـــاء • فبالنسبة للفئـــات التشخيصية الرئيســـة كالذهان والعصاب واضطراب الشخصية ••• الخ وجد «آش» ان طبيبين قد اتفقا فى ٥٧٫٩٪ — ٦٧٫٤٪ من الحالات ، بينما وجد أن كل الاطباء النفسيين الثلاثة كانوا متفقين بنسبة ٤٥٫٧٪ • وحين قام «آش» بتفحص الاتفاق فى القيام بتشخيصات معينـــة — كالفصام الهذائى والهيستيريا وغيرهما — هبطت الارقام الى ٣١٫٤ — ٤٣٫٥ والى ٢٠ فى المائة على التوالى •

وهناك ثلاثة استنتاجات رئيسة يمكن الخروج بها من نتـــائج البحوث التجريبية العديدة التى أجريت للتحقق من ثبات التشخيص الطبى النفسى ، وهى كما يلى :

أولا : أن الثبات لا يكون عاليا بالقدر الذى يتمنى معظم الناس أن يكون عليه (Zubin, 1967 ; Spitzer & Fleiss, 1974 ; Tarter, Templer & Hardy; 1975) • وقد استـــخدم « سبيتزر ، فليس » (Spitzer & Fleiss 1974) قاعدة احصائية لقياس الاتفاق فى فئات اسمية كالتشخيصات — بحيث تقوم هذه القاعدة بتعديل الاتفـــاق من أثر

الصدفة. وقد أعاد الباحثان حساب ثبات ست دراسات مختلفة (Schmidt & Fonda, 1956; Krietman, 1961; Beck et al, 1962 ; Sandifer et al., 1964; Cooper et al., 1972 ; and Spitzer et al., unpublished).

واستنتجا من ذلك أن الثبات قد ظهر بصورة مرضية مقنعة بالنسبة لثلاثة تشخيصات فقط هى : التخلف العقلى ، والزملات المخية العضوية، وادمان الكحول . من ناحية ثانية لم يكن ثبات التشخيصات الطبية النفسية مختلفا بدرجة جوهرية عن ثبات التشخيصات فى تخصصات طبية أخرى . وقد أظهرت دراسات «منتظمة» درجة منخفضة من الاتفاق بين الاكلينيكيين بالنسبة لوجود العلامات البدنية لانتفاخ الرئة (الامفزيما ، وهو انتفاخ عضو أو جزء من الجسم انتفاخا غير عادى بالهواء أو بغاز آخر) ، وكذلك تقدير الوضع الغذائى للأطفال ، وتقييم شذوذ اللوزتين ، واستنباط أعراض رئوية معينة فى أخذ تواريخ الحياة الطبية ، وأخيرا تفسير نتائج الاشعة السينية (×) بواسطة مجموعات مكونة من اثنين من المختصين فى الاشعة (Beck, 1962 ; Koran, 1975 a, 1975 b) .

ثانيا : كلما كانت الفئة أكثر عمومية كان التشخيص أكثر ثباتا ، وكلما كانت الفئة أكثر خصوصية وتحديدا كان التشخيص أقل ثباتا . انظر :

(Ash, 1949 ; Schmidt & Fonda, 1956, Zigler & Phillips ; 1961 ; Kreitman, 1961 ; Beck, 1962 ; Nathan; Samaraweera; Andberg & Patch, 1968 ; Nathan, Andberg, Behan & Patch ; 1969 ; Thorne & Nathan ; 1969 ; Tarter, Templer & Hardy, 1975).

ولكن هذه — مرة ثانية — شكوى شائعة بالنسبة للجهود التصنيفية فى كثير من مجالات المعرفة ، وليس أمرا مقصورا على الطب النفسى . فكلما اقتضى الامر تفريقات وتمييزات أدق أصبحت دقة التشخيص أكثر صعوبة .

ثالثا : كلما اشتدت صعوبة الاضطراب زاد ثبات التشخيص ، فقد وجد «كريتمان» وزملاؤه (Kreitman et al., 1961) مثلا اتفاقا بلغ ٧١ فى المائة على الصفة العامة «الذهان» ، ولكنهم وجدوا ٥٢ فى المائة فقط بالنسبة «للعصاب» .

العوامل المحددة لانخفاض ثبات التشخيصات الطبية النفسية

يمكن تجميع العوامل المحددة لما وصفه المختصون من انخفاض ثبات التشخيصات الطبية النفسية تحت أربعة عناوين عامة ، ولو أن ذلك التجميع سيتم على حساب التبسيط المفرط ، وهى :

ــ خلل أو عيوب فى الدراسات التى وصفت انخفاض الثبات ، أو استخدام طرق تجريبية ضعيفة .

ــ استخدام طريقة تشخيصية ضعيفة .

ــ انحياز المشخص وتحامله .

ــ (استخدام) نظام تشخيصى ضعيف .

خلل الدراسات وعيوبها

ان طبع دراسة ما ونشرها ينبغى ألا يفسر مطلقا بأنه دليل على قبول ما توصلت اليه من نتائج . فقد صممت كثير من الدراسات ــ وبخاصة تلك التى أجريت فى سنوات مبكرة سابقة ــ بطريقة لم تعين معها هــذه الدراسات تقديرا مناسبا لثبات التشخيصات الطبية النفسية فى أى شىء آخر غير الاطار المعين للدراسة موضع الاهتمام (انظر . Helzer, Robins et al., 1977) .

ومن المهم دائما تعيين هدف الدراسة بوضــوح ، فاذا صممت الدراسة لتقييم ثبات التشخيصات الطبية النفسية كما عملت أثنــاء سير الممارسة العادية فمن الضرورى اذن فحسب أن نضمن تمثيل كل

من المشخصين والمرضى لأفراد مجتمعى المشخصين والمرضى ككل ، وأن نضمن كذلك حدوث المقابلتين التشخيصيتين فى فترة معقولة من الوقت. ولكن اذا تم تقييم جزء واحد مستقل من العملية التشخيصية — أى علم تصنيف الامراض أو المقابلة التشخيصية ذاتها مثلا — فانه سوف يحتاج عندئذ الى ضوابط اضافية .

فأثناء تقدم الممارسة الاكلينيكية العادية قد تتأثر الصفة أو البطاقة التشخيصية المعينة الملصقة بمريض باعتبارات ادارية أو باعتبارات تتعلق بموقف المريض تجاه تشخيصه . وليست هذه مشكلة بالنسبة لتقييم ثبات التشخيصات التى أجريت أثناء سير الممارسة الاكلينيكية العادية ، ولكنها مشكلة تتعلق بتقييم جزء واحد مستقل من العملية التشخيصية . ويمكن تنفيذ تقييم ثبات التشخيصات التى أجريت أثناء سير الممارسة الاكلينيكية العادية بشكل استعادى استرجاعى عن طريق الحصول على تشخيصات من سجلات المستشفى ، أما التقييم المتعلق بجزء واحد مستقل من العملية التشخيصية فانه سيتطلب تجربة مضبوطة .

وفى بعض الاحيان لا يكون المشخصان قد تم اعطاؤهما القدر من المعلومات ذاته ، والتى يبنيان تشخيصاتهما على أساس منها ، فعلى سبيل المثال قام « شميدت ، فوندا » (Schmidt & Fonda, 1956) باجراء دراسة لـ ٤٢٦ مريضا فى مستشفى باحدى ولايات أمريكا . وقد تم التشخيص الأولى أثناء الاسبوع الاول من اقامة المريض فى المستشفى ، كما تم التشخيص الثانى أثناء الاسبوع الثالث من اقامة المريض فى المستشفى . وقد أجرى هذا التشخيص الثانى فى مؤتمر هيئة العاملين بالمستشفى حيث توافرت للاطباء النفسيين حرية استخدام معلومات أكثر بكثير مما كان متاحا لهم فى وقت أسبق ، فلقد توافر التاريخ الاجتماعى للمريض بحيث حصل عليه الاخصائى الاجتماعى ، كما توافرت نتائج الاختبارات والفحوص السيكولوجية والعصبية ،

بالاضافة الى ملاحظات الممرضين الذين كانوا قد قاموا يوميا بتدوين هذه الملاحظات فى بطاقة المريض • وقد استخدمت دراســات أخرى مقابلات تم تصويرها على أشرطة الفيديو (Katz et al., 1969 ; Sandifer et al., 1969 ; Kendell et al., 1971) وقد حرمت هذه الطريقة كلا المشخصين من معلومات كان يمكن لهما استنباطها بطريقة أخرى لو أنهم كانوا قادرين على اجراء مقابلة للمريض •

ويؤدى تقدير ثبات اعادة تطبيق الاختبار الى اظهار مشكلة فريدة، فالقيام بتقديرين متتابعين على التوالى يتضمن لا محالة قدرا ضئيلا من التعلم أو التعود لموقف القياس ، بحيث كلما كانت الفترة الزمنية الفاصلة بين التقديرين أطول كانت امكانية حدوث التغــير فى الحالة العقلية للمريض أعظم وأكبر (Spitzer & Fleiss, 1974) • فما لم يتم اتخاذ تدابير اضافية مستقلة فانه قد لا يتضح فى حالتى اعطاء الاختبار واعادته ما اذا كان التغير ناتجا عن ثبات الاجراء التشخيصى الذى يتم تقديره أو عن حساسيته •

كذلك فان هناك مشكلات تتعلق بالقياس كاختيار علامة الاتفاق أو دلالته ، وكالاخفــاق فى أخذ المعــدلات الاساسية للتشخيصات المختلفة فى الاعتبار • فقد قامت بعض الدراسات بوصف نسبة الاتفاق الكلى — أى نسبة جميع المرضى الذين اتفق على وجود الاضطرابات أو عدم وجودها فيهم (Schmidt and Fonda. 1956 ; Kreiman, 1961) بينما قامت دراساتأخرى (Beck et al., 1962; Sandifer et al., 1964) بوصف الاتفاق على وجود الاضطرابات فقط (Spitzer & Fleiss; 1974) .

العيوب أو الخلل فى المقابلة التشخيصية فى ذاتها

يعد فحص الحالة العقلية هو لب المقابلة التشخيصية ، وهذا ما تم اظهاره واثباته بصفته مصدرا لاختلاف الرأى (Rosenzweig et al., 1961) • وقد استلزم ذلك بصفة تقليدية عبارات أو تقارير فئوية لا تتعلق فقط بالتشخيص بل بوجود أعراض معينة أو غيابها وانعدامها،

ومن الممكن أن يؤدى ذلك الى ايجاد مشكلات ، فعلى سبيل المثال ، لو أن عرضا معينا أو حالة معينة كان ذا شدة أو كثافة هامشية فانه من الممكن لجميع المشخصين الاتفاق على هامشية العرض أو الحالة ، وسيكون ثباتهم عندئذ ١٠٠ فى المائة • ولكن اذا كان عليهم أن يذكروا من الوجهة التصنيفية (الفئوية) ما اذا كان العرض أو الحالة موجودا أو غير موجود فانه من المتوقع أن يقــول ٥٠ فى المائة بوجوده بينما سيقول ٥٠ فى المائة آخرون بغياب العرض أو عدم وجوده ، وفى هذه الحالة ستكون نسبة ثباتهم صفرا •

كذلك فان هناك مشكلة أخرى فى المقابلة التشخيصية ، وهى أنه قد يتوقع الحصول على معلومات من الممكن الحصول عليها بطرق أكثر صحة وصدقا • اذ ان تذكر المرء لحوادث مهمة أو ذات مغزى فى ماضيه ليس جيدا (Uhlenhuth et al.. 1977) ومن الصـــعب أن نميز بين التذكر البعيد الجيد والاختلاق أو التلفيق كما فى حالة المقابلة مثلا • وحتى الافكار الهذائية قد وجدت صادقة وصحيحة بشكل ظاهر حين قورنت بمصدر خارجى • وهذا يقودنا على كل حال الى الفئة التالية (أو العامل التالى) وهو تحيز المشخصين والخبراء •

تحيز المشخصين والخبراء ومحاباتهم

قد لا يظهر كثير من الاعراض فى موقف المقابلة أو حالتها بصورة مباشرة ، وقد يتطلب الكشف عنها واظهارها تحقيقا دقيقا واعيا بل حتى تلاعبا واحتيالا لها • وقد يكون المريض ــ خارج الوضع الذى تتم فيه المقابلة ــ انسانا نزقا سريع القابلية للاثارة عدوانيا ، بل حتى مندفعا بعنف • وفى المقابلة قد يكون قادرا على ضبط استجاباته بنجاح كبير ، وعلى تقديم تفسيرات معقولة أو مقبولة ظاهرا للرواية أو الوصف الذى يقدمه الآخرون لمزاجه وطبعه السيىء • ولاشك أن مثل هذا الرجل سوف يحتاج الى مقابل ماهر بارع ــ بل شجاع ــ ليؤثر فيه بطريقة تجعله يكشف عن وجهه الحقيقى ويصرح بآرائه •

وهناك أعراض أخرى قد لا تكون قابلة للتعبير عنها واظهارها بصورة مباشرة ، ولكنها استنتاجات مبنية على أساس من سلوك آخر معبر عنه ، « فالبلادة أو فتور الشعور أو اللامبالاة » و « سطحية العاطفـــة » و «الاكتئـــاب» قد توجد كلهـــا بالطريقة نفسها • وفى حين قد توجه الاستنتاجات وتقـــاد عن طريق التلميحات والالماعات الخارجية ــ كحين ترى أعراض المرض كجزء من متلازمة ــ فانها قد توجه كذلك بواسطة التلميحات والالماعات الداخلية ــ أى تحيزات المشخص أو خبرته أو كلاهما ــ والتى تقررها بالتـــالى شخصيته وتدريبه الأكاديمى والمهنى (Leff, 1977) • وستؤدى الفروق فى الخبرة والتدريب والشخصية الى أسئلة مختلفة يتم توجيهها ، والى اجابات متباينة يدلى بها ، والى تأكيدات مختلفة على الاجابات المدلى بها ، والى تفسيرات مغايرة لهـــذه الاجابات • وفى حين قد أظهـــر الاكلينيكيون على أنهم يتوصلون الى آراء تشخيصية مختلفة على أساس من أنمـــــاط شـــخصياتهم الخاصـــة (Raines & Rohrer, 1955) فانه يتم التأكيد عادة على خبرتهم وتدريبهم السابقين : « ان أطباء النفس يرون ما دربوا على رؤيته » (Howells, 1970, p. 7).

وهناك علاقة وطيدة بين المكان الذى تلقى فيه الطبيب النفسى تدريبه ، والبرنامج التشخيصى الذى يقـــره ويتبناه ، وطريقته التى يستخدمها فى المقابلة (وتستخدم مجمـــوعات الرموز والمصطلحـــات الخاصـــة بالطب النفسى بصـــفة جوهرية فى المستشفيات التعليمية ، وللسجلات الطبية والاحصائية • ويقوم أطباء النفس عادة بعملهم طبقا للمفاهيم التى تعلموها لا طبقا التصنيفات التشخيصية التى يسجلونها فى الصفحة الرئيسية الاولى من سجل المريض) • ولا يمكن أن نغالى فى تقدير أهمية هذا التأثير الشامل للتدريب والخبرة ، فبعض الاطباء النفسيين سوف يصل الى استنتاج تشخيصى خـــلال الدقائق القليلة الاولى من المقـــــابلة (Sandifer et. al., 1970 ; Kendell, 1973) ،
أما الاطباء النفسيون الذين يواجهون الماعات وتلميحات Cues لا تتلاءم

مع استنتاجاتهم التشخيصية فانهـم يميلون الى اسـاءة تفسيرها ، ويعرضون لاساءة ادراكها ، بل يميلون حتى الى تجاهلها (Shepherd et al., 1968 ; Katz et al., 1969 ; Leff, 1977)

كذلك فانه يمكن أن تعزى الافضليات التشخيصية الى الفـروق الوطنية أو القومية بين المدارس الفكرية التى يمثلها الاطباء النفسيون المشاركون (Pasamanick, Dinitz & Lefton, 1959) • فأطبـاء النفس البريطانيون يميلون الى اتباع «كريبلين» Kraepelin وأطباء النفس الألمانيين ، كما يؤكدون على مظاهر المرض الصريحة مع عتبة مرتفعة يبدأ عندها تمييز الشذوذ والتعرف اليه • وعلى الجانب الآخر من المحيط الاطلنطى يميل أطباء النفس الامريكيون الى متابعة «فرويد» Freud كمـا يؤكدون على الميكـانيزمات السيكولوجيـة التحتيـة (الأساسية) ، ولديهم عتبة منخفضة يبدأ عندها تمييز الشذوذ والتعرف اليه • أما أطباء النفس الكنديون فانهم يميلون الى أن يعكسوا تدريبهم المتغاير فى خواصه وعناصره ان لم يكن تراثهم الثقافى من خلال تأثرهم بكل من الطرق الامريكية والبريطانية (Sharpe et al., 1974 ; Leff, 1977)

الاصل او المنبت العرقى

ومما يتصل اتصالا وثيقا بقضية القطر أو الموطن الذى تلقى فيه الطبيب النفسى تدريبه قضية موطن أصله ومنبته ــ قضية التبـادل الثقافى بين شـعوب مختلفة ــ ومدى ألفته مع الخلفيـة الاجتماعية الثقافية لمرضاه وفهمه لها • فلقد عدت أمريكا الشمالية لفترة طويلة من الوقت البوتقة الثقافية التى انصهر فيها العالم الغربى ، كما أن بريطانيا العظمى قد تحولت بالتدريج أثناء السنوات التى أعقبت الحرب لتصبح أكثر وأكثر موطنا مؤلفا من عناصر مجتمعة من مختلف أرجاء العالم • أضف الى ذلك قابلية المهنيين والمتخصصين للتحرك والانتقال • وهناك احتمال قوى بأن يكون كل من الطبيب النفسى ومرضاه قد قدموا من ثقافات مختلفة ، وليس فقط من ثقافة بعضهما بعضا بل من الثقافة التى

يتقابلون فيها ويلتقون ، ولابد أن يكون تأثير ذلك على تقييم سوء التوافق الاجتماعى أمرا له مدلوله ومغزاه المهم .

كذلك فان استنتاج الشذوذ النفسى سوف يتأثر بالتحيز المتمركز حول العرق بوصفه غاية من الغايات . فلسوف يكون هذا النوع من التحيز شديدا وبخاصة فى تشخيص الأحوال الذهانية ، اذ لا يستطيع طبيب نفسى أن يشخص اعتقادا على أنه هذائى — مثلا — ما لم يكن على يقين بأن هذا الاعتقاد ليس أمرا تفرضه ثقافة المريض ، وأن الغالبية العظمى من أهل هذه الثقافة وشعبها لا يدافعون عن هذا الاعتقاد أو يساعدون على استمراره (Leff, 1977) .

استخدام نظام تشخيصى ضعيف

لم تظهر دراسات التشخيص الطبى النفسى التى استخدمت الدليل التشخيصى والاحصائى الاول والثانى DSM-I and DSM-II اللذين أصدرتهما الرابطة الامريكية للطب النفسى — لم تظهر تلك الدراسات بوضوح — ثباتا جيدا (Spitzer & Fleiss, 1974) . وقد استنتج «وارد» وزملاؤه (Ward et al., 1962) من استخدامهم للدليل التشخيصى والاحصائى الاول DSM-I أنه على الرغم من أن ثلث اختلافات المشخصين فى آرائهم التشخيصية يمكن ارجاعه الى التغيرية من جانب المشخصين الا أن ثلثى هذه الاختلافات كانت راجعه الى عدم ملاءمة النظام التصنيفى نفسه أو وفائه بالغرض المطلوب منه. وقد استخدم « تارتير ، تمبلر ، هاردى (Tarter, Templer & Hardy, 1975) الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II ، ولم يستنتجا فقط أن الخلاف فى الرأى حول التشخيصات المحددة والعامة لم يكن مختلفا بطريقة ذات دلالة ومغزى عن الدراسات القديمة المبكرة التى استخدمت الدليل التشخيصى والاحصائى الاول DSM-I ، بل انهم أرجعوا ضعف الثبات وفقره الى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى

DSM-II وما فيه من وجوه تنم عن عدم ملاءمته أو وفائه بالغرض المطلوب منه كنظام تصنيفى •

وقد ذكر «وارد» وزملاؤه (Ward et al., 1962) ثلاث صعوبات معينة مرتبطة بالدليل التشخيصى والاحصائى الاول DSM-I ، وهى : الشرط الاساسى بأن يتعرف المشخص الى حالة سائدة ويحـددها ، والافتقار الى معايير أو محكات واضحة ، وايجاد فروق دقيقة — كشرط أساسى غير واقعى أو عملى — فى التوصل الى تشخيص معين •

ان الاختيار القسرى لفئة تشخيصية سائدة أو غالبة كان السبب الاكبر الوحيد لاختلاف الرأى فى التشخيص فى دراسة «وارد» وزملائه (Ward et al., 1962) ، كما عد خطيرا بالنسبة لـ ٣٠٪ من حالاتهم التى درسوها ، اذ تشير هذه الدراسة الى الشرط الاساسى القاضى باثبات حالة سائدة غالبة والبرهنة عليها فى حالة وجود حالتين أو أكثر ، كما يقضى كذلك بامكانية مواجهة صعوبة كبيرة فى اثبات هذه الحالة السائدة اذا كانت احدى الحالات اضـطرابا فى الشخصية والاخرى عصابا ، أو اذا كانت هناك حالتان عصابيتان موجودتان فى المريض • وعلى الرغم من أن الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II يمد المشخص بارشادات وتوجيهات أكثر مما يقدمه قرينه الأول DSM-I الا أن المشكلة مازالت قائمة •

ان اختيار فئة تشخيصية رئيسة سائدة يفترض مسبقا صـدق تعيين الفئات الرئيسة فى المقام الاول • وفى الحقيقة ، لقد استنتـج «وارد» وزملاؤه (Ward, et al, 1962) أن السبب الثانى الاكثر تكرارا وترددا فى اختلاف الآراء التشخيصية فى دراستهم كان يتمثل فى عدم وجود محكات واضحة للقيام بهذه التشخيصات ، كمـا ذكروا بصفة محددة افتقار أى تعريف واضح الى خط فاصل مميز بين الاضطرابات الذهانية وغير الذهانية • ومرة ثانية فان الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى لم يقدم الا القليل لازالة هذه المشكلة والتخلص منها •

ومما يتصل بالسببين السابقين ما يشترطه الدليــل الاحصائى والتشخيصى الثانى (وكذلك قرينه الاول) بصفة غير عملية أو واقعية من ضرورة ايجاد فروق دقيقة فى بعض الحالات • فالتفريق بين القلق المصحوب بسمات الاكتئاب ، والاكتئاب المقرون بالتهيج مثلا يمكن أن يكون موضعا للنقاش والنظر • وقد عده «وارد» وزملاؤه (Ward, et al., 1962) السبب الجوهرى لاختلاف الآراء التشخيصية فى ثلاث حالات (٧ر٥ فى المائة) ، حيث قام طبيب نفسى بتشخيص اثنين منهما على انهما استجابة سيكوفيزيولوجية بينما شخصهما طبيب نفسى آخر على آنهما استجابة تحولية (يتحول فيها الصراع النفسى الى عرض حسى أو حركى) • أما الحالة الثالثة فقد استلزمت التفريق بين الاستجابة السيكوفيزيولوجية واستجابة القلق • فالفئات التشخيصية المختلفــة قد لا تعكس فى كثير من هذه الحالات اضطرابات مختلفة بقدر ما تعكس طرقا متنوعة للنظر الى الاضطراب ذاته أو تصوره وفهمه وادراكه •

وكما فى فحص الحالة العقلية فان معظم تصنيفات الامراض تعتمد على دراسات تتعلق بالانماط التى تؤكد بالدليل والحجة وجود فروق فئوية (نوعية) بين الاضطرابات المختلفة • فالهيستيريا مثلا تعد بصفة عامة مختلفة من الناحية النوعية الفئوية عن الشخصية الهيستيرية • ولكن فى الحقيقة اذا امتزج اضطراب ما باضطراب آخر فان استخدام نظام سمات قد يكشف قليلا من الفرق الحقيقى بين تشخيصين ، فى حين تؤدى دراسة الانماط — التى تعين نقطتها القاطعة الفاصلة بين الاضطرابين — الى تقديم تشخيصات مناقضة تماما (Rosenzweig et al., 1961)

وبرغم هذه الميزة التى يتميز بها نظام سمات ما ، واقراره لطريقة عامة متعددة المحاور الا أن الدليل التشخيصى والاحصائى الثــالث (DSM-III) قد أبقــى على دراســة الأنمــاط لتصنيف الاضــطرابات

بسبب فائدتها العملية وما تحققه من نفع فى تبـادل الآراء والافكار والمعلومات وفى العلاج والبحوث العلمية كذلك على الرغم مما تعانيه من نواحى قصور نظرية (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977)

الخلاصـــة

لم يكن ثبات التشخيصات الطبية النفسية جيدا ، ومن ناحية ثانية، فقد تم تطوير عديد من جداول أعمال المقابلة التشخيصية (Spitzer et al., 1967, 1970 ; Wing et al., 1967) والتى تمـدنا بتتـابع مقنن للموضوعات ، كما يقلل من التقلب والتغير بين الاطباء النفسيين فى كيفية اجراء مقابلاتهم وفى ما يقومون بتغطيته من موضوعات أثناء المقابلة . كذلك فان جداول أعمال المقابلة التشخيصية تحتوى على بنود سبق تدوينها بحيث تحدد السلوك المهم بصورة صريحة واضحة . ولقد أجريت كذلك محـاولات لتحسـين مجمـوعة الرموز والمصـطلحات التشخيصية ، اذ قام « فيغنر » وزمـلاؤه (Feighner et al., 1972) بتطوير مجموعة رموز ومصطلحات تتكون من ستة عشر تشخيصا فقط والتى يعتقدون بأنها ذات صدق مرتفـع (Woodruff et al., 1979) ففى استخدام المجموعات المعتادة من الرموز والمصطلحات يقوم الطبيب النفسى بتقرير أى الانماط التشخيصية المختلفة يعد صفة مميزة لمريضه، أما فى نظام «فيغنر» وزملائه فان الطبيب النفسى يقرر ما اذا كان مريضه يفى بشروط معايير واضحة صريحة أم لا . فقد اتضح أن كلا هذين التطورين اللذين أدمجا فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (DSM-III) قد أديا الى تحسن الثبات وارتفاعه (He'zer, Clayton et al., 1977 ; Spitzer & Forman, 1979 , Spitzer, & Nee, 1979).

الصـــدق

يستخدم مصطلح الصدق Validity للاشارة به بصفة جوهرية الى دقة التصنيف فى تعريف الوحدات السلوكية وتحديدها — أى هل يقيس

التصنيف ما يفترض فيه قياسه ؟ فأهداف النظـام التصنيفى بالنسبة للتشخيص الطبى هى تبادل الافكار والآراء والمعلومات المتعلقة بالملامح الاكلينيكية للمرض وأسبابه وسيره أو تقدمه بالاضـافة الى علاجه . (Spitzer & Fleiss, 1974)

ويعد الثبات قيدا لا مناص من فرضه على صدق التشخيصات الطبية النفسية ، اذ ليس هناك ما يضمن الصدق لنظام يتوافر فيه الثبات ، ولكن أى نظام خال من الثبات لابد أن يكون خاليا من الصدق، فاذا عجز نظام تشخيصى — أو أى نظام تصنيفى فى الحقيقة — عن وضع الاشخاص بصورة ثابتة فى الفئات ذاتها فانه من المستحيل اذن أن نجعل هذا النظام صادقا •

وهناك من الناحية النظرية ثلاث طرق لاختبار الصـدق ، وقد اصطلح على هذه الطرق الثلاث بما يلى : صدق التكوين Construct صدق المحتوى Content ، الصدق المرتبط بالمحك Criterion-related .

صدق التكوين أو الصدق التقاربى

يمكن تحديد صدق التكوين بواسطة اختبار درجة تفسير مفاهيم تحليلية معينة أو تكوينـات عقليـة للنتائج التى تنتهى اليها المقـابلة التشخيصية • فهو بالضرورة تقدير وتقييم لنظرية المرض العقلى أو السلوك الشاذ • وأبسط طريقة للقيام بذلك هى تحديد مدى ارتبـاط نتائج التقييم التشخيصى بتنبؤات أخرى من النظرية • فمثلا : يجوز التنبؤ — على أساس من النظرية — بأن شخصا يتم تشخيصه على أنه يعانى من الفصام سيكون غير قادر كذلك على أداء وظيفته من الناحية الاجتماعية ، كما أنه لن يسـتخدم للعمل فى وظيفـة ، أو التنبؤ بأن شخصا قد شخص على أنه يعانى من حالة قلق سيحصل على درجة بالغة الارتفاع فى اختبار مقنن للقلق مثل مقياس «تايلور» للقلق الصريح Taylor Manifest Anxiety Scale ، وسيظهر نوعا أو نمطا خاصا من رد الفعل الفيزيولوجى •

والمشكلة الرئيسة هنا هى أن هناك اتفاقا قليلا جدا فيما يتعلق بالنظرية • وفضلا عن ذلك ، فان هذه التنبؤات الأخرى ونتائج الاختبار تستخدم فى الوصول الى التشخيص الطبى النفسى ، وبالتالى فان ارتباطا عاليا يكون موجودا ـ فالمقابلة التشخيصية لا تقوم فقط بتقييم المشاعر والانفعال والافكار بل تتضمن كذلك التاريخ المهنى والاجتماعى•

صدق المحتوى أو الصدق الظاهرى

يتم اثبات صدق المحتوى عن طريق اظهار مدى احتواء العملية التشخيصية بصورة جيدة على عينات من الاحوال والموضوعات التى نخرج باستنتاجات تتعلق بها وتدور حولها • فمثلا : اذا عرف الفصام بأنه اضطراب الشعور والفعل والتفكير فان التشخيص حينئذ يعد صادقا اذا تم القيام باعطاء المريض اختبارات كافية فى هذه العمليات الثلاث • وهذا شبيه الى حد كبير بوضع تعريفات اجرائية ، اذ يمكن لتعريف اجرائى أن يعرف الفصام من حيث كونه عمليات أو اجراءات كان من الضرورى استخدامها لقياسه • ومن أفضل الامثلة للتعريف الاجرائى التعريف القائل بأن « الذكاء هو ما تقيسه اختبارات الذكاء »• فالفصام هو اضطراب الشعور والفعل والتفكير • وهذا الاختبار يقيس اضطرابات الشعور والفعل والتفكير • واذن فهذا الاختبار هو مقياس للفصام •

الصدق المرتبط بمحك أو الصدق التنبؤى والتلازمى

يتم اثبات هذا النوع من الصدق بمقارنة نتائج العملية التشخيصية بمتغير واحد أو أكثر من المتغيرات الخارجية التى تزودنا بمقياس مباشر للخصيصة التى هى موطن التساؤل •

وقد يؤسس البرهان النيورولوجى (العصبى) للاصابة فى المخ الصدق التلازمى Concurrent لتشخيص «العضوية» Organicity أى الاصابة العضوية فى المخ نظرا لأن كلا من المحك والتشخيص

يحدثان فى اللحظة ذاتها من الوقت • ويتم تأسيس الصــدق التنبؤى Predictive حين يقع المحك فى تاريخ ما من المستقبل كحتمية حدوثه اذا كان لابد من اثبات صدق تشخيصات « ما قبل الذهانى » و « الفصام الاولى » incipient •

وقد قام « ويتسون ، هانت » (Wittson & Hunt, 1951) باجــراء دراسة هدفت الى فحص سجلات ٩٤٤ موظفا بحريا ومراجعتها • وكان قد تم اجراء مقابلات لهؤلاء الموظفين البحريين أثناء السنوات الاخيرة من الحرب العالمية الثانية بسبب الشك فى معاناتهم من اضطرابات طبية نفسية عصبية • وقد فحصت سجلات هؤلاء الموظفين لمعرفة ما اذا كان هناك ارتباط بين تشخيصهم وما حدث بعد ذلك من اطلاق سراحهم من الخدمة على أساس طبى نفسى عصبى • وقد وجد «ويتسون ، هانت » ارتباطا ايجابيا بين التشخيص الطبى النفسى العصبى واطلاق سراح الموظفين اللاحق له على أساس طبى نفسى عصبى •

وهناك مشكلة واحدة نواجهها فى تقييم الصدق التنبؤى ـ وبخاصة اذا أنجز أثناء سير الممارسة الاكلينيكية العادية وتقدمها ـ تتمثل فى التخلص من امكانية تأثر المشخصين فى عملهم بما لديهم من معلومات سرية عن المرضى • اذ من الجائز فى دراسة « ويتسون ، هانت » (١٩٥١) مثلا أن يكون اطلاق سراح الموظفين البحريين الذى تبع تشخيصهم قد حدث لمجرد نتائج المقابلة الطبية النفسية التى أجريت للموظفين مبكرا لا بسبب أى اضطراب طبى نفسى ربما كانوا قد أظهروه •

التنبؤ الاكلينيكى مقابل التنبؤ الاحصائى

لقد تم تطــوير خطتين بديلتين يمكــن استخدامهما فى اجراء التقييمات والتقديرات السيكولوجية ، وذلك نتيجة لما ووجه من حاجة ملحة للقياس التشخيصى الذى تجاوز كلا من التزويد بخبراء مؤهلين تأهيلا كاملا فى منــاهج علم النفس وحقائقه (حاصلين على درجة

الدكتوراه) ومستوى اهتمام أمثال هؤلاء الخبراء النفسيين بما عدوه غالبا عملا يحط من قدرهم وقيمتهم (Carson, 1958 ; Holt, 1967)
وقد استلزمت احدى الخطتين استخدام مهنيين «تخصصين أقل تأهيلا، بحيث يسمون باخصائى القياس النفسى وبحيث يقومون باعطاء الاختبارات وتقدير درجاتها ، بينما اقتصرت الانشطة التى يقوم بها خبراء علم النفس الاكلينيكيون على تفسير نتائج الاختبار وكتابة التقارير المنبثقة عنه (L'Abate, 1964 ; Affleck, Strider & Helper, 1968) أما الخطة الاخرى فانها تستلزم استخدام الحاسب الآلى (الكومبيوتر) والتقنية الآلية فى تقدير درجات الاختبار وتفسير نتائجه (Meehl, 1954, 1956 ; Rome et al., 1962, 1965 ; Fowler; 1967; 1969 ; Butcher & Owin, 1978) وحتى فى تطبيق الاختبار فى بعض الاحيان (Kleinmuntz & McLean, 1968 ; Kleinmuntz, 1972 ; Brooks & Kleinmuntz, 1974).

وترجع نشأة هذه التقنية الآلية automation فى العملية التشخيصية الى عام ١٩٥٤ ، فقد قارن «ميل» (Meehl, 1954) بين فعاليات الخبير الاكلينيكى — عالم النفس أو الطبيب النفسى — الذى اعتمد على مهاراته الفنية أو الحدسية فى التنبؤ بالسلوك — وما أشار اليه بالطريقة الاحصائية Actuarial or statistical أو الخبيرة المتمرسة فى التنبؤ . ويتمثل جوهر الطريقة الاخيرة فى تصنيف الفرد على أساس من الحقائق والبيانات الموضوعية — كنتائج الاختبار ، وأحيانا المعلومات الديموجرافية كعمر الفرد ونوعه ... الخ — ثم ادخالها فى جدول احصائى تعطى التكرارات الاحصائية لتلك الحقائق والبيانات وسط مجموعات سلوكية أو تشخيصية مختلفة . فالقيام بالتنبؤات يتم اذن على أساس من الأرجحية أو الاحتمال الاحصائى بأن الفرد سيوضع فى فئة خاصة بطريقة ملائمة .

ومن وجهة نظر مفهومية يحاول النموذج الاكلينيكى التنبؤ بالسلوك

المستقبلى على أساس من قدرة أو وحدة مرضية تستنتج من السلوك الحالى :

مفهوم مستنتج
مثـــل

مرض	،	ذكاء
↓		↑
السلوك المستقبلى		الســـلوك الحالى
مثـــل		مثـــل
النجاح فى المدرسة ، مآل المرض		درجات الاختبار ، أعراض

أما النموذج الاحصائى فانه يختصر هذه العملية ويوجزها بحذف الاستنتاج واسقاطه منها :

سلوك مستقبلى		ســـلوك حالى
مثـــل	←————	مثـــل
النجاح فى المدرسة ، مآل المرض		درجات الاختبار ، أعراض

فالنموذج الاحصائى يعد من هذه الناحية شبيها الى حد كبـــير بالنموذج السلوكى والاجتماعى الثقافى (انظر الفصول ٨ ـــ ١٣) •

والميزة الرئيسة للتقييمات والتقديرات التقنية الآلية automated هى أنها تفسح المجال لاتاحة ما لدى المشخصين الجيدين من معرفة وخبرة وخطط لحل المشكلات فى أوضـــاع أكثر مما يمكنهم رؤيته • وللأسف فان هؤلاء المشخصين مازالوا فى مرحلة التطوير ، ومازالت دقة التشخيصات التى نحصل عليهـــا مقصورة على صـــدق الوسائل والاساليب التى تم تقنينها آليا وثباتها • ولكن يشير النقد الاساسى الى أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة الموجودة فى موقف المقابلة ، والتى تم استبدال التقنية الآلية بها •

ويبرمج التقييم التقنى الآلى ليسير فى طريق محدد مسبقا تجاه الحصول على معلومات معينة وتحليلها ، وقد يواجه التقييم بهذه الطريقة صعوبة فى التعامل مع خاصيات غير عادية قد تكـون لدى المريض وبخاصة فى تطويع طريقته للكفاح بنجاح مع هذه الخاصيات وملاحظة ما لا يتوقع واكتشافه • ولكن الامر الاكثر أساسية من ذلك هو أنه اذا تأثر السلوك بالموقف أو الاطار فان التقييم التقنى الآلى سوف يختار عينات من نظام مختلف من السلوك عن التقييم الذى يجرى فى اطار من المقابلة الشخصية •

ومادام المقابل يعرف بصفته مشاركا وملاحظا يتفاعل مع المريض بالاضافة الى ملاحظته الواعية المدركة واستخدامه لملاحظاته التى يجمعها فى مساعدة المريض على الكلام ، حينئذ سيصبح من الصعب استبدال الماكينة به استبدالا كاملا •

خلاصـــــة واستنتاجات

حين يكون شخص ما على وشك تلقى العلاج من اضطراب ما سواء أكان هذا الاضطراب سرطانا أم بردا عاديا فانه من المهم أن يكون قد تم تعريف الاضطراب الذى هو محل التساؤل تعريفا صحيحا • ولا تكمن أهمية هذا الخيار البديل فى الاقلال الخطر من أرجحية نجاح العلاج فقط بل فى الاقلال كذلك من انفاق غير ضرورى لوقت كل من الطبيب المعالج والمريض ، ومالهما وراحتهما •

ان التحديد الصحيح لاضطراب ما يعد تحديدا صادقا ، وان أى محاولات لجعل الاجراءات التشخيصية الطبيـــة النفسية صـــادقة قد أصبحت قاصرة بصورة خطيرة بسبب انعـــدام الاتفاق على تعـــريف الاضطرابات التى يفترض فى هذه المحاولات تشخيصها • وقد اهتـــم جانب كبير من البحث العلمى بالقضية التمهيدية للثبـــات التشخيصى — ألا وهى مدى ما يتوافر فى التشخيصات الطبية النفسية من ثبات •

ولكن من خلال المحاولات التى بذلت لتحسين ثبات هذه التشخيصات فقد أصبح هناك ميل متزايد الى تبنى تعريفات اجرائية واختيارها ، والى التأكيد على السلوك القابل للملاحظة فى مقابل الاسباب المؤدية للمرض والديناميات التحتية الاساسية • ونتيجة ذلك حشو وتكرار للمعنى ورفض لاحدى الوظائف الرئيسة لنظام تصنيفى — ألا وهى تقدم المعرفة وتطورها •

وقد وجدت طريقتان رئيستان للتشخيص الطبى النفسى خلال القرن الحالى • أحدهما تعكس تأكيد «كريبلين» على الظواهر التى يمكن ملاحظتها ، وتعد خصيصة مميزة للطب النفسى الاوروبى بما فى ذلك الطب النفسى البريطانى ولكن باستثناء الفرنسى • أما الطريقة الاخرى فانها تعكس تأكيد «فرويد» على ديناميات الشخصية ، وتعد خصيصة مميزة للطب النفسى فى الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا • ويميل الطب النفسى الكندى الى الوقوع فى موضع بين الامريكى والبريطانى • ويبعد الاتجاه الحالى عن التفكير أو البحث فى الديناميات التحتية ليتجه نحو السلوك القابل للملاحظة • ويتم وضعه حاليا بواسطة استجابة أمريكية لتأثيره الفرويدى • ولكن الى أن نتمكن من حل قضية الصدق التشخيصى فانه من الافضل على الارجح استمرار عديد من الطرق المختلفة (Leff, 1977) .

القسم الثاني
مبحث الأعــراض

مقـــــــدمة

بعد تعريف السـلوك الشـاذ Abnormal behaviour والمرض النفسى والعقلى وتشخيصهما فى القسم الاول ، من المناسب أن ننتقل الى وصف هذا السلوك الشاذ ذاته .

ومن وجهة نظر سيكياترية ، فمن المفروض أن يكرس فصل من فصول هذا القسم لأحد المجموعات التشخيصية الأساسية : العصاب ، والاضـطرابات النفسية الفيزيولوجية ، والتأخر العقلى ، واختـلال الوظائف الجنسية ، والفصام ... الخ . وقد سبقت الاشارة فى القسم الاول الى أن كثيرا من هذه المجموعات التشخيصية مشكوك فى ثباتها ، وتختلف تعريفاتها من بلد الى آخر ، ومن وقت الى آخر . بالاضافة الى ذلك فان كثيرا من فئات التشخيص السيكياترية التقليدية تستند الى المفهوم البيولوجى للمرض . وحتى مصطلح « مبحث الاعراض » Symptomatology المستخدم باعتباره عنوانا عاما لهـذا القسم يثـير التساؤل ، حيث يتضمن هذا العنوان أن السلوك الشاذ مجرد تعبير عن المظاهر الصريحة للاضطراب الكامن، وهو ما عارضه بشدة «توماس ساس» Thomas Szasz (انظر الفصل الاول) وكذلك السلوكيون (انظر الفصل الثامن والثالث عشر) .

وفى مطلع القرن الحالى ، وحين كان علم النفس يعد دراسة للعقل، وكان منهجه التجريبى الاساسى هو الاستبطان Introspection شـاع الاعتقاد بوجود ثلاث عمليات نفسية رئيسة : « المعرفة ، الشعور ،

الارادة : الاتجاه المعرفى Cognitive ، الاتجاه الوجدانى Affective ، الاتجاه النزوعى Conative » (Stout, 1899, p. 56) وبالرغم من الرفض العام لعلم النفس بوصفه دراسة للعقل ، فقد ظل هذا المفهوم مستمرا حتى الوقت الحاضر (انظر على سبيل المثال (Shapiro & Ravenette, 1959 — quoted by Meichenbaum 1977, p. 229) وهناك أيضا تشابه بين تصور الظواهر النفسية — فى ضوء عمليات المعرفة والوجدان والنزوع ، ومفهوم «فرويد» عن هذه الظواهر فى ضوء مصطلحات : الهو Id والأنا Ego والأنا الأعلى Superego وكما أشار «هول ، لندزى» (Hall & Lindzey, 1957 p. 36 ; 1978 p. 39):
وبصورة عامة للغاية يمكننا النظر الى الهو بوصفه المكون البيولوجى للشخصية ، والأنا بوصفه المكون النفسى ، والأنا الأعلى بوصفه المكون الاجتماعى » • وحتى نقدم تحليلا سيكولوجيا محددا ، فان هذا الجزء من الكتاب يعرض وصفا للشذوذ النفسى والسلوكى تحت هذه العناوين التقليدية : المعرفة ، الوجدان ، النزوع •

ولا يخلو هذا التحليل لمظاهر الشذوذ من مشكلات ، فعلى الرغم من أن الاعتماد على الاستبطان يمكننا من تحديد المعرفة والوجدان والنزوع بوصفها عمليات منفصلة ، الا أن الدراسة التى قام بها «شاكتر وسنجر» عام ١٩٦٢ (Schacter & Singer 1962) بوجه خاص تثير أسئلة خطيرة فيما يتعلق بالناحية العملية لهذا التقسيم ، فهناك فى الواقع تفاعل بين هذه العمليات المختلفة ، مما حدا بكثير من منظرى الشخصية الى تفضيل «الجشطلت» أو الكائن العضوى الكلى على أنه وحدة للتحليل ، ومعارضة أى محاولة لايجاد معنى للأنظمة الفرعية المنعزلة أو للعمليات المنفصلة • وقد نتج هذا الاسلوب فى تقديم البيانات أيضا من تصاحب مظاهر الشذوذ ، والتى قد لا تظهر معا فى العادة (انظر الفصل الرابع) فنجد مثلا أن الفصام واختلال وظائف التعلم ، والتأخر العقلى وحالة الشرود Fugue State تستخدم لتوضيح

أنواع مختلفة من الاضطرابات المعرفية Cognitive disorders ،
ومن العسير على الاطباء النفسيين تقبل ذلك ، ولكنه ليس منبت الصلة بالناحية العملية ، ذلك أن تصاحب بعض التشخيصات الشائعة ليس هو فقط كل ما يواجه الممارس ، بل ان هذه التشخيصات تميل الى الارتباط بآراء نظرية شائعة ، فعلى سبيل المثال يتبنى هؤلاء المنظرون المفهوم البيولوجى للشذوذ فيما يتعلق بمعظم التشخيصات الاكلينيكية التى تتميز باضطراب معرفى ، وذلك لتوضيح صدق دعواهم بالمسبب البيولوجى ،كما ظهر أنها أصدق استجابة لطرق العلاج البيولوجى • وفى حين ترتبط الاضطرابات الوجدانية بوجهات النظر البيولوجية والسيكولوجية ، فان الاضطرابات النزوعية ترتبط بوجهات النظر السيكولوجية والاجتماعية الحضارية ، الا أن ذلك الارتباط ليس تاما •

ويجب التأكيد على أن هذا الجزء لم يقدم بوصفه بديلا لأى من المخططات التصنيفية الموجودة ، فالفئات السيكياترية مثل : البارانويا ، الفصام ••• الخ تذكر فقط للاستعانة بأعراضها بوصفها أمثلة للسلوك موضع الاهتمام • وان تضمين هذه الفئات لا يعنى أنها أنواع للاضطراب ، مع افتراض ضمنى مؤداه وجوب اعادة تصنيف هذه الفئات • وهذه نقطة خفية ولكنها مهمة جدا ، فاذا كان الهدف من هذا القسم هو تقديم منحى تصنيفى بديل ، فالنتيجة ستكون بلا شك متعددة المحاور ، مع وصف كل فئة تشخيصية من الفئات السيكياترية الشائعة على أكثر من محور واحد •

ونقطة أخيرة : ليس هناك جديد فى تقديم تحليل سلوكى فى ضوء العمليات المعرفية والوجدانية والنزوعية ، ولكن من الممكن أن تبزغ بعض الافكار والاستبصارات الجديدة من خلال تنظيم المعطيات تبعا لمثل هذا التخطيط التصنيفى •

الفصل الرابع

اضطرابات العمليات المعرفية

العمليات المعرفية Cognitive Processes هى تلك العمليات النفسية التى تتدخل فى معرفتنا بالبيئة وتشمل : الادراك Perception الذاكرة Memory ، التفكير Thinking ، الاستدلال Reasoning التصور Imagination ، ومن المفاهيم ذات الصلة الوثيقة بالتراث الاكاديمى — فى مقابل الاكلينيكى — مفاهيم «الانتباه» Attention و «اليقظة» Vigilance «والاستجابات الموجهة» Orienting Responses .

ونحن لا نغالى فى تقدير أهمية العمليات المعرفية فى علم النفس ، فقد كانت هذه العمليات — وبخاصة الادراك والتفكير — مركزية فى مفهوم «الأنا» الفرويدى ، كما احتلت العمليات المعرفية مركزاً رئيسا فى علم النفس التجريبى منذ بدايات هذا القرن وقد ركز عليها بياجيه (Piaget, 1962) فى علم النفس الارتقائى ، وتعد مركزية بالنسبة للمعالجين الفرويديين المحدثين (انظر : Arieti, 1974 a) ، وأيضا فى العلاج العقلانى الانفعالى من وضع «أليس» (Ellis, 1962), (Ellis & Grieger, 1977) وتعديل السلوك المعرفى (انظر على سبيل المثال : (Beck, 1970; 1976; Meichenbaum 1971, 1974, 1977) كما افترض أيضا أن جوانب الشذوذ الحسى الادراكى قد تكون الاضطرابات الأساسية التى يفسر فى اطارها تطور المرض النفسى أو العقلى (Zubin & Sutton 1970) وبرغم ذلك فانه تجدر الاشارة

بشكل عابر الى أن العلاجات الفرويدية الحديثة والعلاج العقلانى/ الانفعالى لا تستخدم فى علاج الاضطرابات المعرفية الشديدة ، وكما سيرد فى الفصل الثانى عشر فان هذه العلاجات كان لهـا استخدامها الأولى فى علاج العصاب ، وعلى الرغم من أنها تعزو الشذوذ السلوكى الى شذوذ معرفى كامن أو سابق ، فانها مع ذلك وبشـكل متناقض ـ تعتمد فى نجاحها على التطور الصحى ـ نسبيا ـ لهذه العمليات • أما الاضطرابات المعرفية الشديدة فترتبط بالذهان والاصابات العضوية فى المخ Organic brain damage ، كما يرتبط صرع الفص الصـدغى Temporal lobe epilepsy ـ بوجه خاص ـ باضـطرابات معرفيـة متنوعة (Penfield & Perot, 1963, Fischer-Williams et al., 1964; Milner; 1968) فمثل هذه الامراض تعالج بالأساليب البيولوجية العلاجية (انظر الفصل الحادى عشر) •

وترتبط العمليات المعرفية معا ارتباطا وثيقا ، ومن العسير الفصل بينها كما هو الحال بالنسبة لعمليات المعرفة والوجدان والنزوع ، أذ من السهل فصلها نظريا ولكنها مسألة صعبة عمليا • وقد قدمت المدرسة الاجرائية Transactionalism فى الادراك (انظر : Ittelson, 1952) عددا من البراهين الدالة على العلاقة الوثيقة بين الادراك والتفكير ، وصعوبة التمييز بين هاتين العمليتين • الا أن كثيرا من علماء النفس يرون أنه من المفيد تحديد هوية العمليات المعرفية المختلفة ، سواء أكان لذلك قيمة فعلية أم من حيث الاعتقاد بأن دراسة أجزاء النظام تيسر فهم الكل ، ويعرض هذا الفصل للمعلومات المتاحة عن التنوع الواسع لاضطرابات هذه العمليات •

ولكن قبل البدء فى ذلك ، هناك تعليق متصل بترتيب فصول الكتاب •

فقد عرف «وودوورث ، شلوسبرج» (Woodworth & Schlosberg, 1955) «الانتباه» بأنه عامل انتقائى مسئول عن سلوك الشخص بشكل متسق ومتكامل تجاه منبه معين ، مع عدم ظهور استجابات لمنبهـات

بعيدة الصلة أو متعارضة • أما مفهــوم «اليقظة» فيعرفه « آدمز ، بولتر » (Adams & Boulter, 1962, p. 495) بأنه «انتباه طويل المدى للاشارات الموقفية فى مهمة خاصـــة بالمراقبـــة » • ويقرر « برلين » (Berlyne, 1960 p. 95) أن « الاستجابات الموجهة » تشير الى « تلك العمليات التى تركز على أعضاء الاستقبال وتوجهها وتجعلها حساسة ». ونجد أن هناك تشابها كبيرا بين هذه التعريفات التى أدت مهمة القاء الضوء على اتجاه عام فى علم النفس مؤداه : أن فهمنا للظواهر يختلف باختلاف السياق • وقد تكون هذه التعريفات أيضا نموذجا للمفهــوم النفسى الذاتى (وهو الشعور فى هذه الحالة) حتى يصبح ذا فاعلية الى درجة لا علاقة لها بالموضوع ، وقد وصف «باكان» (Bakan, 1965) هــذه الظــاهرة تحت عنــوان « مركب البــراعة ــ الغمــوض » Mystery-Mastery Complex فى علم النفس ــ وعلى أية حال فان هذين الاتجاهين نتجا عن تعدد المسميات للمفهوم الواحد •

اضــطرابات الادراك

الادراك هو العملية التى تنتج فى الوعى الذاتى Awareness بتنبيه أحد أعضاء الحس • وهذا الوعى غالبا ما يكون وعيا شعوريا ، ولكنه ليس شرطا ضروريا للادراك • والادراك هو أساس المفهوم السيكياترى « الاتصال بالواقع » وهو الذى يزود الذاكرة والتفكير والتصــور والاستدلال بالمعطيات الخام •

وفى تحليلنا للاضطرابات المعرفية نستطيع التمييز بين اضطرابات الحقيقة Disorders of Veridicality واضطرابات الحساسية Disorders of sensitivity • وهذا التمييز هو فى الاساس تمييز بين الاضطرابات الكمية والكيفيـــة ، وشبيه أيضـــا بالتمييز بين الخـــداعات الحسية والتشوهات الحسية ، والذى أشار اليه «فش» (Fish 1967) •

وتشير اضطرابات الحقيقة الى ادراك الأشياء أو الناس بطريقة لا يتطابق فيها الشكل المدرك مع الشكل الخارجى أو الحقيقى للشىء •

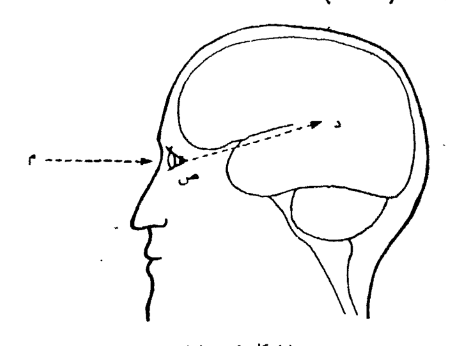
ومن الناحية الفنية ، فان اضطرابات الحساسية الادراكية هى اضطرابات الحقيقة ، الا أنه يقصد بهـذا المصطلح فى السياق الحالى الاشارة الى تلك الظروف التى يكون فيها الشكل المدرك متطابقا مـع الشكل الخارجى أو الحقيقى للشىء ، ولكن الحجم والنصوع والوضوح وحتى سرعة الادراك تكون متغيرة ، فهو اضطراب كمى وليس كيفيا .

اضطرابات الادراك الحقيقى : (أ) غير المرضية

تقدر ٨٠٪ تقريبـا من الانطباعات الحسية التى نستخدمها فى الحصول على معلومات عن البيئة بأنها بصرية . ونظرا لتلك السيادة البصرية فان فهم العمليات الادراكية والمفردات التى تشير اليها ومعرفتها تعد أكثر ثراء بالنسبة لحاسة البصر من غيرها .

وباستخدام نموذج يعتمد على الجهاز البصرى ، نستطيع تحديد ثلاثة جوانب أساسية للعملية الادراكية :

١ ــ الشىء الخارجى الحقيقى : ويرمز له بالرمز « م » .
٢ ــ الصورة الفرعية الشبكية : ويرمز لها بالرمز « ص » .
٣ ــ الصورة الذهنية المركزية أو المدرك : ويرمز لها بالرمز « د » .
انظر شكل (٤ ــ ١) .



(شكل ٤ ــ ١)

ظواهــر الثبــات Constancy

فى ظل ظروف مثالية يكون المدرك نسخة مطابقة للشىء الخارجى ، وفى الواقع فان الشىء الخارجى له ثلاثة أبعاد ، فعلى حين نجد صورة الشبكية ذات بعدين فقط ، فان صورة الشبكية لا تكون نسخة مطابقة تماما للشىء الخارجى ، ومن ثم يكون هناك جانب مفقود من الحقيقة. ولكن من خلال الادراك بالعينين معا ، وتعلم بعض هذا الفقد ، تتم عملية تعويض فى تكوين المدرك • وقد وصف «ثوليس» (Thouless, 1934 a, b) ذلك على أنه « ظاهرة انحدار فى اتجاه الشىء الحقيقى ».

كما درس ذلك على يد علماء النفس التجريبيين على أنه ظواهر «الثبات» ، ويعد الثبات موضوعا أساسيا فى الادراك السوى ، فهو الآلية (الميكانيزم) الذى يمكن الشخص من الاحتفاظ بوعيه بثبات الأشياء برغم تغير وجهات النظر والمنظور •

و «الثبات» ليس موضوعا فى علم الامراض النفسية الا اذا فشل أن يحدث •

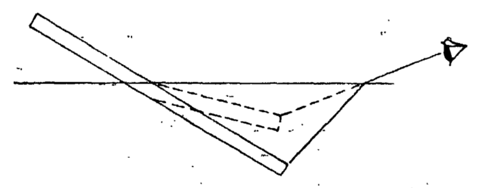
ونظرا لتأثيرات المسكالين Mescaline فقــد افترض « ألدوس هاكسلى » (Huxley, 1954) أن عقاقير معينة وبخاصة العقاقير المحدثة للذهان Psychotomimetic (انظر الفصل الحادى عشر) تعطل الثبات لدى الأســوياء • وهنــاك براهين على ارتباط الثبــات بالاتصــال بالواقــع • وقد وجــد « لفنجر » (Lovinger, 1956) أنه فى ظل الظروف ذات الحد الادنى من الهاديات Cues فان الفصاميين الذين يفتقرون الى الاتصال بالواقع يكشفون عن ثبات أقل بدرجة جوهرية بالمقارنة الى كل من المرضى غير السيكياتريين والمرضى الفصاميين الذين يعــدون فى حال جيد من الاتصــال بالواقع ، وكما وجد «فيكوفتز» (Wechowicz, 1957) انخفاضا فى ثبات الحجم لدى الفصاميين المزمنين بالمقارنة الى الاضطرابات غير الفصامية والاسوياء ، الا أن «روش» (Reush, 1952) قد قرر وجود ارتفاع ثبات الحجم لدى حالات الفصام

المبكر والفصام الهذائى (البارانويدى) •

وقد افترضت أسس بيولوجية لهذه الملاحظات من خلال تقرير العلاقة بين ثبات الحجم ونشاط الجهاز العصبى الذاتى Autonomic nervous system لدى مرضى الفصام ، بحيث تكون زيادة الثبات مصحوبة بالزيادة فى نشاط الجهاز العصبى السيمبتاوى (Wechowicz, 1958) Sympathetic Nervous System

الخـــداعات Illusions

حينما يتطابق المدرك مع الصورة الشبكية ولا تتطابق الصـــورة الشبكية مع الشىء الخارجى ، أى حينما تفقد حقيقة المدرك بين الصورة الشبكية والشىء الخارجى ، تكون النتيجة «خداعات» ومن الامثلة على هذه الخـــداعات « ظاهرة العصا المنكسرة » bent-stick phenomenon انظر شكل (٤ — ٢) •



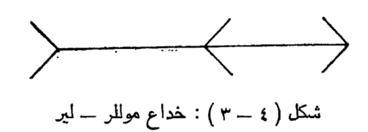
شكل (٤ — ٢) : خداع العصا المنكسرة

بحيث تتكسر أشعة الضوء حين تمـــر من الماء الى الهواء ، فان العصا المستقيمة التى وضع نصفها فى الماء والنصف الآخر خارج الماء تبدو منكسرة • ومع ذلك فمادام هذا الفقد للحقيقة يرجع الى أحداث فى البيئة الخارجية ، فان هذه الظواهر تهم الفيزيائى أكثر من عالم النفس •

اضطرابات الادراك الحقيقى : (٢) الهلاوس Hallucinations

على عكس الثبات الادراكى تقريبا ، فان الحقيقة الادراكية من

الممكن أن تفقد داخل الكائن العضوى بين صورة الشبكية والمدرك .
ومثال ذلك خداع موللر ـ لير Muller-Lyer-Illusion انظر شكل (٤ ـ ٣) .



شكل (٤ ـ ٣) : خداع موللر ـ لير

وبالنظر الى هذا الشكل فاننا نجد رؤوس الاسهم المتجهة الى الداخل والخارج عند نهايات خطين متساويين فى الطول يعطى مظهر عدم تساوى الخطين فى الطول . ولا توجد قوانين فى الفيزياء يمكن أن تفسر هذه الظاهرة بالطريقة التى فسرت بها ظاهرة «العصا المنكسرة»، ولذلك تعد محدداتها سيكولوجية (Muller-Lyer, 1896 ; Boring, 1942)
وخداع موللر ـ لير هو تشويه ادراكى Perceptual distortion فهناك شىء خارجى ، ولكنه لا يدرك على حقيقته . ومن الممكن أن نتصور أن المدرك الذى نستطيع الحصول عليه ليس مجرد تشويه للصورة الهامشية الحقيقية ولكنه تلفيق كامل ، وحينما يحدث ذلك فانه يشير الى الهلوسة .

والهلوسة هى ادراك مزيف ، نظرا لحدوث المدرك أو الصورة الذهنية فى غياب كامل للتطابق مع الشىء الخارجى . ولكى نميز بين الهلوسة والحلم ، فان الادراك المزيف لابد أن يحدث فى سياق الادراكات السوية (West, 1962, Siegel, 1977) وليس من السهل التقرير بأن مدركا معينا قد تكون فى غياب الشىء الخارجى الملائم ، وذلك اذا ما حدث مقترنا بالادراكات السوية ، وكثير مما يشخص على أنه هلاوس

قد يكون تشوهات ادراكية أو تفسيرا خاطئا لمدركات معينة مثل الظلال أو الخيالات ، وتكون فى هذه الحالة توهما Delusion أكثر منها هلوسة.

وتمشيا مع التأكيد على السلوك القابل للملاحظة على حساب العمليات المستنتجة والكامنة ، تعرف الهلاوس أيضا بأنها « تخيلات مقررة » Reported (Sarbin, 1967 ; Sarbin & Juhasz, 1967) وهذا التعريف يتحاشى مشكلة التفرقة بين التفكير والادراك ، برغم أنها مشكلة حقيقية تماما ، وتنعكس حتى فى الكلام اليومى حينما يتراوح معنى فعل « يرى » من التنبيه عبر الادراك والتفسير الى الفهم . وليس من غير المعتاد ، ويجب ألا يكون من غير المتوقع أن نجد مشكلات سيكولوجية تنعكس فى الكلام اليومى ، وفى الحقيقة فان المتعلقات الاجتماعية لعلم النفس تعتمد تقريبا على الكلام اليومى الى الحد الذى يعرف فيه علم النفس بأنه الدراسة العلمية للحس العام Common sense أو الفطرة المشتركة ، ولكن العلاقة بين علم النفس والحس العام لسوء الحظ أخذت غالبا شكل دراسة ما يعرفه كل فرد بلغة لا يفهمها أى فرد. وينظر الى الهلوسة أيضا على أنها مصطلح ازدرائى ينتقص من القدر . وهناك أنواع كثيرة من الادراك تحدث فى غياب المنبه الملائم . فاذا قيم انتاجها بشكل ايجابى فانها تسمى : صورا ذهنية ، واذا قيمت بشكل حيادى فانها تسمى ادراكات مزيفة ، ولكنها تسمى هلاوس فقط حينما تقيم بشكل سلبى (Sarbin & Juhasz, 1967) وبغض النظر عن تعريف الهلاوس فانها من بين الظواهر الشائقة حقا فى علم الأمراض النفسية . ويمكن أن تحدث الهلاوس مع كل الكيفيات الحسية ، وتعد من الامور المشخصة للذهان وبخاصة الفصام واصابات المخ العضوية. وفى حين تكون الهلاوس البصرية أكثرها مسرحية واثارة، فان الهلاوس السمعية أكثرها شيوعا (Malitz, Wilkens & Esecover, 1962 ; Mintz, & Alpert, 1972) ، ولكن ربما كان أغربها وأكثرها توثيقا فى التراث : هلاوس الاطراف الوهمية Phantom Limbs والتى نخبرها خلال حاسة اللمس .

الهـــلاوس البصـــرية

تتراوح الهلاوس البصرية بين : الاحساسات الاولية أو ومضات الضوء ، عبر أنماط وتنظيمات معينة الى ادراكات منظمة للكائنات الحية.

وهذا النوع من الهلاوس أكثر شـــيوعا لدى الحالات العضوية الحادة ــ مثـــل الذهان الكحولى الذى يصـــاحبه تشوش الشـــعور Clouding of consciousness ــ منه لدى حالات الذهان غير العضوى أو الوظيفى .

وفى حالة تشوش الشعور يختل بالطبع وعى المريض بادراكاته الخاصة بحيث يصبح من الصعب عليه التمييز بين الهلاوس والادراكات الحقيقية . وقد قدمت هذه الصعوبة تفسيرا للهلاوس لدى الفصاميين (Mintz & Alpert 1972) ، على الرغـــم من وجود دلائل على قدرة المريض بالهذيان Delirium على القيام بهذا التمييز (Fish, 1967) .

الهـــلاوس الســـمعية

تتراوح الهلاوس السمعية من الاحساسات الاولية الى الادراكات المنظمة ، من الضوضاء الى الاصوات ، وتختلف ادراكات المريض فى وضوحها ، ولذا نجد أن بعض المرضى يقررون أنها واضحة كالاصوات المعتادة بحيث يرجعونها الى مصدر خارجى ، على حين يصف مرضى آخرون هذه الاصوات بأنها فى رؤوسهم كما لو كان شخص ما يتحدث اليهـــم أو كما لو كانوا يسمعون أفكارهم الخاصـــة . وحينما يتأمل الشخص فى مصدر الادراك بهذه الطريقة ، يندمج الادراك مع التفكير بوضوح .

وتحدث أصوات الهلوسة فى بعض مراحل المرض لدى معظم المرضى الفصاميين ، وقد تحدث أيضـــا لدى الحالات العضـــوية والاكتئاب الذهانى ، وحينما يسمع الشخص تفكيره هو بصوت مرتفع والذى يعرف

فى اللغة الفرنسية باسم « echo de pensées » أو « ترديد الفكـــر » Thought echo أو صدى الفكـــر (التفكير الجهورى) فى اللغـــة الانجليزية ، فان ذلك يعد مشخصا للفصام بوجه خاص (Fish, 1967) .

الهـــلاوس الشـــمية

تشير كثـــير من أعراض صرع الفص الصدغى الى ذهان غابر Transient Psychosis وفى أثناء النوبة يعانى المريض من هلاوس متنوعة بما فيها الهلاوس الشمية (Jackson 1931, Flor Henry, Olfactory 1969) • وقد يســـبق النـــوبة ادراك لرائحة كريهـــة مثـــل حرق طـــلاء أو حرق مطـــاط (Fish 1967) ، ومع ذلك ترتبط الهلاوس الشمية فى الفصام غالبا بالافرازات الجنسية (Bemporad & Pinsker, 1974)

هـــلاوس التـــذوق

توجد هلاوس الطعم أو المذاق Gustatory لدى مرضى الفصام والحالات العضوية ، ولكن ليس واضحا دائما ما اذا كانت حاســـة التذوق لدى المريض الذى يهلوس فى الطعم مشوهة أو حساسة جدا ، أم أنه يشعر عامة بالغـــرابة بحيث يستطيع أن يوضـــح حالته فقـــط بافتراض تغير فى طعامه (Fish, 1967) •

الهـــلاوس اللمســـية

تسمى أكثر أشكال الهلاوس اللمسية Tactile شيوعا الدغدغة أو التنميل Formication ، وهى شعور بالزواحف أو الحشرات تزحف فوق الجلد أو تحته • وعادة ما ترتبط الهلاوس اللمسية بذهان الكحول والكوكايين (وصف «فرويد» العرض الاساسى لذهان الكوكايين بأنه الشعور بحركة الثعابين على الجسم) •

وتتضمن الهلاوس اللمسية فى الفصام احساسات جنسية — كما هو الحال بالنسبة للهـــلاوس الشمية (Bemporad & Pinsker, 1974). وقد افترض أن الفصاميين يخبرون هلاوس لمسية أخرى ، ولكن نظرا لصعوبة وصفها فانه ينبذها ويعبر عنها فى صورة « ألم » Pain (Pfeifer, 1970).

ألـــم الطـــرف الوهمـــى

يشعر كثير ممن بترت أحد أعضائهم « بطرف وهمى » Phantom limb بعد فقدهم للعضو الطبيعى مباشرة • ويحـــدث هذا الشعور بشكل متكرر بعد بتر الذراع أو الساق ، كما تشير بعض التقارير الى وجود هذا الشعور أيضا عند بتر الثدى ، وكذلك بتر القضيب والخصية•

وقد توجد كل أجزاء الطرف الحقيقى فى ذلك الوهم ، ولكنها غالبا ما تكون مقربة مشوهة ، فمثلا قد تكون الذراع الوهمية ذراعا قصيرة ويدا سوية الحجم مع ابهام كبير • وفى الحقيقة فان الاطراف الوهمية تتطابق فيما يبدو — فى كل من الحجم والحيوية بالنسبة للشخص — مع الحجم الذى يمثلها فى لحاء المخ •

وقد تستمر الاطراف الوهمية سنوات طويلة دون أن تسبب أى ضيق للشخص • ولكن بعد أن سجل « بارى » Paré هذه الظاهرة لأول مرة عام ١٥٥٢ ، صدر تقرير يفيد بأن حوالى ٣٠٪ من الأشخاص يعانون من درجة ما من الألم فى الطرف ، كما يصبح هذا الألم شديدا بالنسبة لحوالى ٥٪ (Melzack, 1961) • وقد وصف هذا الالم على أنه : ألم «وضعى» Postural ، «حرق» Burning ، « اصابة بطلق نارى » Shooting وعادة ما يرتبط الالم «الوضعى» بتصوز مكافئ قوى للطـــرف وهو يلـــوى بشـــكل ما • وقد أشـــار «ليفنجستون» (Livingston, 1943) الى حالة سيدة صغيرة وصفت يدا وهمية عبارة عن أصابع ملتصقة حول الابهام ، بأظافر محفـــورة فى راحة يدها •

ويشعر مثل هؤلاء المرضى كما لو أن تغيرا فى وضع الطرف سوف يريحهم من الالم الذى يصاحبه بشكل متكرر حركات اهتزازية غير متحكم فيها من الجزء المتبقى من الطرف بعد بتره ، أما ألم «الحرق» فهو فى العادة أكثر قسوة ، ويتراوح فى شدته من مجرد الاحساس بالدفء الى الاحساس بأن الطرف كما لو كان فى نار موقدة ، وتزداد الحالة سوءا بمرور الوقت . أما ألم « اطلاق النار » أو «الطعنة» Stabbing فقد يظهر بمفرده أو نتيجة نهائية للألم الوضعى أو الحرق ، وغالبا ما يصاحبه تقلص عضلى عنيف فى الجزء المتبقى من الطرف .

وتشير دراسات «سيمل» (Simmel, 1956) عن مرضى «الجذام» Leprosy الى أن ظاهرة « الاطراف الوهمية » لا تحدث بعد تآكل الاصابع Absorption of digits ولكنها تحدث فقط بعد البتر . وبالاضافة الى ذلك فان هذه الظاهرة لا تحدث اذا بتر الطرف قبل بلوغ المريض سن خمس سنوات (Cronholm, 1951) ، ولذلك يبدو أن عنصر التعلم ، متضمن فى حدوث ظاهرة الاطراف الوهمية ، كما افترض أن الوهم يرجع الى استمرار «مخطط الجسم» body-schema والذى تكون فى الجهاز العصبى المركزى عند مستويات عليا فى المخ (Head & Holmes, 1911) .

وفيما يتعلق بتطور « وهم الأطراف » فان النظريات الحديثة تؤكد على التنبيه الطرفى (الفرعى) Peripheral-Stimulation للخلايا المتطورة حديثا عند نهاية العصب المقطوع، كما تؤكد على العوامل العصبية المركزية ، وأخيرا الاستجابة السيكودينامية للاخصاء أو البتر الرمزى Symbolic castration (Bloom & Snyden, 1976) .ويفسر ألم « الطرف الوهمى » على أنه حالة خاصة من « الالم العصبى » Neuralgia وهو الالم الذى يتبع اصابة العصب .

اضطرابات الحساسية الادراكية

يمكن النظر الى اضطرابات الحساسية الادراكية ــ كما سبق أن

ذكرنا — على أنها اضطرابات الحقيقة ، ولكنها تعد فى هذا السياق اضطرابات كمية أكثر منها كيفية ، وتفحص فى ضوء تغيرات : الحجم والنصاعة والوضوح وسرعة الادراك • والظواهر التى نهتم بها هنا تحت عنوان الحساسية الإدراكية شبيهة بالظواهر التى درست فى علم النفس التجريبى تحت عنوان «الانتباه» ، وان ما سنشير اليه هنا على أنه « الامتداد الادراكى » Perceptual extensity تشيع الاشارة اليه على أنه « سعة الانتباه » Breadth of attention •

اضطرابات شدة الادراك

حينما يبدو الضوء أو الصوت أو اللمس أكثر شدة من المعتاد ، يظهر المريض حساسية عالية • وزيادة الحساسية هذه تسمى « فرط الحساسية » Hyperaesthesia ، وقد ارتبطت بتوهم المرض العضوى Hypochondriasis (Fish, 1967) ، وحالات القلق (Granger, 1957) وعصاب الحرب (Levy, 1945) .

وعكس « فرط الحساسية » ، « نقص الحساسية » أو عدم الحساسية للتنبيه • ويرتبط ذلك أيضا بالقلق (Fish, 1967) والهيستيريا التحولية Conversion hysteria (Coleman, 1964) ، والأعطاب العصبية Lesions ، والهذيان ونقص أوكسجين الانسجة الناتج عن تشبع الدم بثانى أكسيد الكربون (Mc Farland et al., 1944) .

ولا ترجع التغيرات فى ادراك النصاعة البصرية الى نشاط مخى مركزى أو سيكياترى أو سيكولوجى مباشر ، ولكن الآليات (الميكانيزمات) الطرفية يمكن أن تحدث هذه التغيرات ، فمثلا يميل انسان العين الى الاتساع فى حالة القلق ، ويمكن أن ينتج ذلك عن زيادة كمية الضوء التى تصل الى الشبكية • وتؤثر حركات العين السريعة واختلال توازن العصب المحرك للعين على جزء الشبكية — وهى غير متماثلة الحساسية — المعرض للتنبيه • ويمكن أن يؤثر اختلال التكيف هذا على ادراك

النصاعة سواء أكان ذلك بشكل مباشر مسببا عدم وضوح الرؤية ، أم بشكل غير مباشر من خلال تنبيه التغير التعويضي لحجم انسان العين .

ادراك دون الوعى

يشار الى ادراك دون الوعى Subliminal Perception أيضـــا بمصطلحى : تحت الوعى Subception ، و « التعرف دون وعى » . ويرتبط « ادراك دون الوعى » بحقيقة أن الناس كثيرا ما يستجيبون لمنبهات غير واعين شعوريا بها ، ولذلك فهى ترتبـــط بمفهوم العمليات اللاشعورية فى التحليل النفسى (انظر : Spence & Bressler, 1962 ; (Pine, 1964) وقد جادل اريكسين (Eriksen, 1958, 1960) ضـــد وجود مثل هذه العملية مقدما تفسيرا بديلا مدعما بالبرهان التجريبى ، وافترض امكانية تفسير النتائج فى ضوء الادراك الجـــزئى ، وليس « الادراك دون الوعى » .

فالدراسات التى استخدمت استجابة الجهاز العصبى الذاتى كمؤشر « للادراك دون الوعى » والاستجابة اللفظيـــة كمؤشـــر « للادراك الشعورى » ، يمكن تفسيرها فى ضوء اختلاف الحساسية لكل من نظامى الاستجابة . وكانت مناقشة «اريكسين» مماثلة لتفسير الهـــلاوس فى ضوء الادراك الخاطىء للظلال (الخيالات) وعدم قدرة المريض على التعبير بشكل ملائم عما يدركه .

اضطرابات حدة الادراك

تشير الحدة Acuity الى القدرة على ادراك الانفصـــال بين منبهين يحدثان بشكل متلاحق ، بحيث يعتمد هذا الانفصال — من بين أشياء أخرى — على شدة المنبه ، ومع ذلك فمن الممكن أن تعد الحدة مستقلة عن الشدة، ونستطيع تحديد نوعين مختلفين من الحدة : المكانية Spatial ، والزمانية Temporal .

وتقاس الحدة المكانية بواسطة لوحة «سنيللين» لقياس البصـــر

Snellen eye chart خلال الفحص الاعتيادى للعين ، وقد استخلص «جرانجر» (Granger, 1953) من مسحه للتراث أن العصابيين تختل لديهم الحدة المكانية .

أما محك الحدة الزمانية فهو عبارة عن أقصر فاصل زمنى نستطيع أن نتبينه بين منبهين متلاحقين قبل ادراكهما على أنهما منبه واحد . ويقاس هذا المحك بصريا من خلال ومضتين وعتبة تداخل الومضات Flicker-Fusion Threshold وتختل الحدة الزمانية فى حالات الاصابة العضوية بالمخ (Werner & Thuma, 1942; Teuber, Bttesby & Bender, 1960) وكذلك فى حالات القلق المرتفع (Buhler 1954, Kubzansky, 1954, Goldstone ; 1955) ومع ذلك فالتقارير التجريبية غير متسقة (Ricciuti, 1948, Wagoner, 1960) وقد تبنى كلارك (Clark, 1966, Clark, Brown & Rutchman; 1967) نظرية القرار الاحصائى لاكتشاف العلاقات التى قدمها «سويتس» وآخرون (Swets et al ; 1961, Swets, 1964) وذلك باستخدام اجراء الاختيار المقيد بدلا من الطرق السيكومترية التقليدية ، وافترض «كلارك» أن الفروق التى ظهرت ربما ترجع الى تحيز الاستجابة ، وهى ثقة المفحوص أو ترجيحه بتقرير ما اذا كان المنبه يضىء بصورة متقطعة أم متداخلة ؟ ويعد هذا التفسير بديلا عن ارجاع الفروق الى الحساسية الحسية الادراكية Sensory Perceptual Sensitivity .

الدفاع الادراكى

يرتبط مفهوم الدفاع الادراكى Perceptual Defence بمفهوم التحليل النفسى للكبت (Blum, 1954, 1955; Clapp, 1951; Nelson; 1955; Carpenter et al; 1956) كما يرتبط بالقياس الاسقاطى (Eriksen, 1951, Eriksen & Lazarus, 1952) . وقد استخدم مصطلح « الدفاع الادراكى » لأول مرة لدى « برونر ، بوستمان » ،

وكان ذلك فى مقالتين نشرتا عام ١٩٤٧ (Bruner & Postman 1947) واستخدماه ليشـيرا به الى نتيجـة مؤداها أن الكلمات ذات الطبيعة المزعجة انفعاليا تكون أكثر صعوبة فى التعرف اليها بالنسبة الى الكلمات المحايدة. كما استخدم المصطلح نفسه فى مقالة أخرى لهم نشرت عام ١٩٤٨ (Fostman, Bruner & McGinnies; 1948) ليشير الى نتيجة مؤداها « أن الكلمات ذات القيمة المنخفضة ـ كما قدرت من خلال دراسة « أولبورت ، فيرنون » عن القيم ـ أكثر صعوبة فى التعرف اليها بالنسبة الى الكلمات ذات القيمة المرتفعـة » . وفى عـام ١٩٤٩ أثبت « مالك جينيس » (Mc Ginnies, 1949) مصطلح « الدفاع الادراكى » ، وفصله على أنه آلية أو ميكانيزم ادراكى خاص يستحق العناية والجهد ، فاستخدم مجموعة من ستة عشر مفحوصا من الاسوياء لقياس عتبة الدوام البصرى فى التعرف اللفظى لكلمات ذات معنى ، وكذلك قياس استجابة الجـلد الجلفانيـة Galvanic Skin Response (GSR) التى تثـيرها تلك الكلمات قبل محاولات التعرف . وقد قدم للمفحوصين احدى عشرة كلمة محايدة وسبع كلمات ذات نبرة انفعالية . وقد وجد «ماك جينيس» أن المفحوصين أجابوا باستجابة جلفانية مرتفعة بدرجة جوهرية للكلمات ذات النبرة الانفعالية أكثر من استجابتهم الجلفانية للكلمات المحايدة . وحيث انه اتضح أيضـا ارتفاع عتبـة التعـرف للكلمات ذات النبرة الانفعاليـة فقـد فسر « ماك جينيس » (McGinnies 1949, P. 251) نتائجه على النحو التالى :

« فى حالة تقديم تجنب شرطى للرموز اللفظية ذات المعانى غـير السارة للشخص الملاحظ ، فان الكلمة المنبه تستخدم هادية Cue للقلق الكامن العميق ، والذى يظهر فى النشاط الذاتى Autonomic activity كمـا يقـاس بالاستجابة الجلفانية ، ويستثار تجنب مزيد من القلق فى شكل دفاع ادراكى ضد التعرف الى موضوع المنبه » .

ثم يعرف « ماك جينيس » (1949, p. 244) الدفاع الادراكى على أنه :

« تنقية Filtering ادراكية للمنبهات البصرية التى تستخدم فى أمثلة كثيرة لتحمى الملاحظ بقدر الامكان من الوعى بأشياء لها دلالة انفعالية غير سارة بالنسبة له » .

وقد وجه النقد للتجارب المبكرة فى الدفاع الادراكى من أربع زوايا ، فكما صاغ « ماك جينيس » المفهوم على أنه يتضمن «قبل المدرك» Pre-perceiver — أى أن الناس يرون الأشياء قبل رؤيتهم لها مرتبة ، وذلك لكى يمنعوا أنفسهم من رؤيتها ، وقد افترض « هاوس ، سولومون » (Howes & Solomon, 1950) أنه بالامكان أن نحصل على تفسير أكثر اقتصادا فى ضوء التكرار النسبى الذى تحدث به كلمات المنبه فى اللغة الانجليزية ، بمعنى أن تكرار الكلمة هو المتغير الحاسم وليس الانفعال الذى يثيره المنبه .

ويضيف « هاوس ، سولومون » فى المقالة ذاتها : حيث ان الكلمات التى استخدمها « ماك جينيس » فى تجربته هى كلمات محظورة اجتماعيا، فان القمع الارادى للاستجابة اللفظية يمكن أن يكون تفسيرا معقولا أكثر من اختلال ادراك المنبه .

وقد لاحظ «لوكنز» (Luchins, 1950) أن الدراسات المبكرة التى قام بها « برونر » وزملاؤه تفترض آلية (ميكانيزم) « الحساسية الادراكية » بالاضافة الى « الدفاع الادراكى » ، الا أنه يرى أن هذه المفاهيم تستخدم دون مبرر فيما يتعلق بهذا الموضوع .

وقد نشر «اريكسين» النقد التفصيلى لهذا المفهوم فى سلسلة من المقالات (Eriksen, 1956, 1957, 1958, 1960) . كما أشار «ديكسون» (Dixon, 1958) الى أن فكرة « قبل المدرك » يمكن أن تكون ذات معنى فقط اذا كان هناك تدرج فى عتبات الاستجابة ، أى اذا كان هناك

« ادراك دون الوعى » ، ولكن «اريكسين» وجه نقدا شديدا الى وجود « الادراك دون الوعى » •

اضطرابات الامتداد الادراكى

افترض « ايستر بروك » (Easterbrook, 1959) أن التنبه الانفعالى Emotional Arousal يعمل بشكل متسق لخفض مدى الهاديات Cues التى يستخدمها الشخص ، ففى حاسة السمع ، نجد اختبار سعة الارقام الذى تستخدم فيه سلاسل من الارقام المفردة تقرأ على المريض — بفاصل زمنى قدرة ثانية واحدة — وذلك بهـدف تحـديد أطول سلسلة يستطيع أن يستعيدها مبـاشرة • ويرتبط هذا الاختبار ارتباطا ايجابيا بالذكاء ، كما يتأثر عكسيا بالقلق • ويستخدم كذلك لقياس « سعة الفهم » و « سعة الذاكرة المباشرة » ، كما يعد مثالا جيدا للتشوهات فى موضوع « الامتداد الادراكى » الذى يتضمن المجال البصرى • ويعد «شاركو» Charcot فى عام ١٨٦٨ من أوائل من أدركوا الدلالة الممكنة لخصائص المجال البصرى • وكان «شاركو» رائدا للمتخصصين فى علم الاعصاب فى زمانه ، كما كان رئيسا لمستشفى سالبترير Salpêtrière فى «باريس» وتتلمذ على يديه «فرويد» ، وقد وجه شاركو الانتباه الى تقلص المجال البصرى فى الهستيريا ، وقد ظهر بعد ذلك أن لدى الهستيريين رؤية مركزية جيدة ، ورؤية طرفية مختلة• كما اتضح أيضا أن مرضى الاعياء النفسى Neurasthenia والقـلق العصـابى والعصاب الصـدمى Traumatic Neurosis يتميز المجال البصرى لديهم بعدم الثبات والاجهاد ، كما يبدو المجال أيضا لديهم متقلصا الى حد ما فى بداية الفحص وحتى أثناء الفحص (Traquair, 1949) •

اضـطرابات التفكير

يشير التفكير Thinking الى كيفيـة تنظيـم الناس لخبراتهم السابقة واستخدامهم لها مع الادراكات الجارية للتعـامل مع المواقف

الحالية ، ويحدث التفكير بين الادراك والاستجابة ، ولهذا السبب يطلق عليه « العملية الوسيطة » mediating process ويوضح الطب النفسى ثلاثة أنواع من التفكير : الذاتى autistic والتخيلى imaginative والعقلانى rational أو المفهومى Conceptual • ويبدو من هذا التصنيف الزيادة التدريجية فى التفكير العقلانى أو « الاتصال بالواقع »، كما يبدو أن الحدود بين التفكير الذاتى والتخيلى ، وبين التفكير التخيلى والعقلانى هى حدود تعسفية الى حد ما •

ويشار الى التفكير الذاتى أيضا على أنه تفكير تخيلى أو خيالى dereistic وسحرى قبل منطقى ، وهو خيال ذاتى أو غير موجه ، ويشبه أحلام اليقظة •

بينما يقصد بالتفكير العقلانى : التفكير المفهومى أو حل المشكلات أو اختبار الواقع ، وهو ما أشار اليه «فرويد» بأنه العملية الثانوية •

وبالاضافة الى هذا الموصف فان اضطرابات التفكير يمكن النظر اليها كذلك فى ضوء أربعة معالم عامة هى :

محتوى content التفكير ، مجرى stream التفكير ، شكل form التفكير ، حيازة Possession التفكير (Fish, 1967) .

اضطرابات محتوى التفكير

ينظر الى اضطراب محتوى التفكير بصفة عامة على أنه « توهم » delusion وقد عرف التوهم بأنه اعتقاد بفكرة أو مجموعة أفكار غير متسقة مع الواقع ، ولا مستندة الى العقل أو المنطق أو الحس الشائع، أو بعبارة أخرى هو اعتقاد يقام فى مواجهة البرهان الكافى لدحضه فى حالات السواء (Bandura, 1968, P. 336) • ويحدد الاطباء النفسيون خمسة أنواع مختلفة — على الاقل — من التوهمات :

١ — توهمات الاضطهاد Persecution : حيث يعتقد الشخص اعتقادا خاطئا بأن الآخرين يحاولون ايذاءه أو تحطيمه بأية طريقة •

٢ ــ توهمات التلميح Delusions of reference (الاشارة) :
وفيها يعتقد الشخص اعتقادا غير صحيح بأن الآخرين ينظرون اليه أو يتحدثون عنه •

٣ ــ توهمات العظمة grandeur وفيها يبالغ الشخص فى تقدير أهميته الشخصية بطريقة غير حقيقية ، معتقداً أنه أكثر أهمية أو تأثيرا مما هو عليه بالفعل •

٤ ــ توهمات البدن Body delusions وفيها يحمل الشخص أفكارا غريبة عن جسده ، كأن يعتقد بأن جسمه يتعفن ، أو أن جنسه يتغير ، أو تنبعث من جسده رائحة كريهة ••• الخ •

٥ ــ توهمات التأثير influence وهنا يعتقد الشخص اعتقادا خاطئا لا يتسق مع الواقع بأنه تحت تأثير قوى تعمل ضد ارادته •

والافكار الشبيهة بالتوهمات يمكن أن تحدث فى كل الاضطرابات الذهانية ، ولكنها حينما تصبح راسخة فانها تساعد فى تشخيص «البارانويا» بوجه عام •

وتكمن المشكلة الرئيسة فى تأكيد وجود التوهم فى محكات «الواقعية» و «الملاءمة» ، فسواء أكان الاعتقاد «ملائما» و «مبررا» أم « متسقا مع الواقع » ، فما ذلك الا حكم قيمى (أحد أحكام القيمة) • فالمعتقدات والافكار أو مجموعات الافكار التى لا تستند لقوة العقل والمنطق والحس العام والاقناع أو التفسير العقلانى ، تكون مميزة لمجموعتين اجتماعيتين أساسيتين بالاضافة الى مرضى البارانويا المقيمين فى المستشفيات : السياسيون الناجحون وبعض أعضاء طوائف العقيدة البروتستانتينية الاساسية •

ومن بين هؤلاء السياسيين كل من : بينيت Bennett وجون ديفينبكر John Diefenbaker فى كندا ، بارى جولدووتر

Barry Goldwater وايرل لونــج Earl Long فى الولايات المتحدة ، وهتلر Hitler ونابليون Napoleon فى أوروبا،وهؤلاء همبعض السياسيين الناجحين الذين شخصوا غيابيا على أنهم مرضى فصام بارانويدى ، وكذلك الحال بالنسبة للطوائف المسيحية • فالعقيدة والسياسة ارتبطا بمعتقدات أثبتت معارضتها لتأثير العقل والمنطق والحس العام ، ويعتمد تشخيص الشخص على أنه بارانويدى أولا — الى حد كبير — على التقبــل الاجتمــاعى لأفـــكاره (Szasz, 1966, 1969) • ومن الممكن تشخيص الفصام البارانويدى والشخصية البارانويدية دون وجود أفكار توهمية • ويعتمد التشخيص فى هذه الحال على وجود العناد والتصلب والشك والميل الى اتهام الآخرين بأن لهم أفكارا أو اتجاهات مستنكرة (Sisler, 1967) و «البارانويا» مثل «الهلوسة» مصطلح «ازدرائى» يستخدمه عامة الناس مرادفا للفظ مجنون Crazy .

اضطرابات مجرى التفكير

يشير مجرى التفكير الى تتابع الافكار وسرعتها واحدة تلو أخرى• ومن الممكن تحديد خمسة أنواع مختلفة من الاضطراب على هذا البعد: تطاير الأفكار ، خلط الكلام والاسهاب ، كف التفكير أو تأخره ، المداومة أو القصور الذاتى ، اعاقة التفكير (Fish, 1967) .

تطــاير الأفــكار Flight of ideas

حينما يظهر الشخص تطايرا فى الافكار ، فاننا نجد الافكار تتتابع سريعا واحدة تلو الأخرى دون اتجاه عام لعملية التفكير ، ويبدو أن الافكار المتتابعة هنا يحكمها عامل الصدفة والارتباطات السطحية وليس النمو المنطقى للأفكار •

ويكون تطاير الافكار مميزا لحالة الهوس Mania ، حيث يحدث مرتبطا بضغط الكلام • ويحدث تطاير الافكار أيضا فى بعض الحالات الوجدانية دون ضغط الكلام (Fish, 1967) .

خلط الكلام والاسهاب Circumstantiality

وهو مثل تطاير الافكار حيث يتضمن حجما Volume ضخما للكلام، وفى هذه الحالة يتميز الكلام بسرد تفاصيل تافهة وغير ضرورية كثيرة قبل الوصول نهائيا الى النقطة أو الهدف الأساسى للكلام • وتتسـم الشخصية الصرعية بهذا الاضطراب ، ولكن توجد درجات بسيطة من هذا الاضطراب لدى الاشخاص من ذوى الذكاء دون المتوسط ، والذين يحاولون أن يتركوا انطباعا حسنا لديك ، وأيضا لدى الشخصية المتعالمة أى المتظاهرة بالعلم المتحذلقة Pedantic والوسواسية Obsessional .

كف التفكير أو تأخره

حينما تكون عملية التفكير بطيئة فان أفكارا وصورا ذهنية قليلة تحدث •

وقد يشكو الشخص من الصعوبة فى اتخاذ القـرارات ، وعدم القدرة على التركيز ، وفقد الوضوح فى التفكير • وهنا يقال انه حدث للتفكير كف Inhibition أو تأخر Retardation • وهذا الاضطراب من الملامح الاساسية للاكتئاب الذى يتسم بالتأخر •

المداومة أو القصور الذاتى Perseveration

فى المداومة تظل الفكرة كامنة فى الشعور حتى النقطة التى ترتبط بها وتتعلق ، ومن ثم تمنع التقدم فى التفكير ، وهو شبيه بالوسواس• والمداومة عرض شائع فى الاصابات العضوية بالمخ ، ويشخص من خلال الاداء على اختبارات الورقة والقلم مثل اختبار البندر جشطلت البصرى الحركى وكذلك اختبار الرورشاخ (Bender, 1938, 1946) •

اعـاقة التفكـير Blocking

حينما يقال ان التفكير قد توقف ، يكون هناك تجمد مفاجىء فى عملية التفكير ، وأحيانا يتبع ذلك البدء فى تتابع أفكار جديدة تماما •

ويعد هذا الاضطراب مميزا فى تشخيص الفصام ، وكلنا نراه كذلك لدى الاشخاص المنهكين والقلقين الذين يمكن أن يفقدوا بسهولة خيط المناقشة أو المحادثة ، ومن ثم يبدو عليهم التوقف .

وقد استفاد من هذه الظاهرة اختبار تداعى الكلمات الذى صممه «يونج» أساسا لدراسة العمليات اللاشعورية (Jung, 1918) .

اضطرابات شكل التفكير

اضطرابات شكل التفكير هى — أساسا — اضطرابات التفكير الشكلى أو المفهومى أو المجرد ، وتقاس اكلينيكيا بوساطة الطبيب النفسى الذى يسأل المريض أن يعطيه معان لعدد من الامثال المأثورة أو بوساطة الاخصائى النفسى الذى يطبق اختبارات مقننة . وهذا النوع من التفكير شبيه جدا بالتفكير العقلانى . ويحتل التفكير العقلانى موقعا أساسيا فى الطب النفسى وعلم الامراض النفسية ، كما وضعت على ضوئه تعريفات الامراض العقلية والاضطرابات النفسية (انظر الفصل الاول) ، كما أنه محك نجاح العلاج النفسى (انظر الفصل الثانى عشر) ، والى هذا الحد نجد أن التفسير التقليدى المفضل لاستمرار فكرة توهمية هو الاختلال الوظيفى لعملية الاستنتاج القائمة على برهان (Maher, 1974) ، وبذلك يكون اختلال هذه العملية متداخلا فى تكوين الاعراض النوعية . وبناء عليه فانه يمكن النظر الى اضطراب شكل التفكير من خلال فئتين عامتين : الاستدلال الاستقرائى Inductive reasoning والاستدلال الاستنتاجى deductive reasoning وقد أيد « بين » (Payne, 1961) هذه التفرقة ، وافترض أن تتناول بعض اختبارات تكميل الصور الاستدلال الاستقرائى ، فى حين تجاهلها الاطباء النفسيون والمتخصصون فى الامراض النفسية ، وأعطوا أهمية لبعدين آخرين : التفكير العيانى فى مقابل التفكير المجرد والتضمين أو الشمول Inclusiveness .

التفكير المجرد فى مقابل التفكير العيانى Abstract vs. Concrete

يرتبط هذا البعد بدراسات « جولدشتين ، شيرر » (Goldstein & Scheerer 1941) ، الا أنهما لسوء الحظ لم يضعا تعريفا واضحا للمصطلحات (انظر : Payne, 1961) • ولكن الاستخدامات التالية للمصطلحات قد أرست تعريفا للتفكير المجرد حيث عرفته بأنه : القدرة على عمل فئات للأشياء والاحداث فى ضوء خصائص غير موجودة أو قابلة للملاحظة بشكل مباشر • أما التفكير العيانى فيعرف بأنه عدم القدرة على تجاوز ما هو واضح أو قابل للملاحظة بشكل مباشر • ويرتبط التفكير المجرد بالذكاء المرتفع ، على حين يرتبط التفكير العيانى بكل من: اختلال ثبات الحجم لدى الفصاميين (Weckowicz & Blewitt, 1959) والتأخر العقلى والاصابات العضوية بالمخ •

التفكير التضمينى الزائد Over-inclusive thinking

يعد تضمين شيء أو حدث فى فئة لا ينتمى اليها هذا الشيء بوضوح مثالا للتفكير التضمينى الزائد أو التفكير مفرط الشمول ، والذى هو خاصية مميزة للفصاميين •

وعلى الرغم من أنه يصعب أحيانا التمييز بين هذا الاضطراب والتفكير المجرد بدرجة مرتفعة فقد نجد أنه مميز للفصاميين (Payne 1961) .

زملة كبجرا Capgras Syndrome

من الاضطرابات الطريفة التى تؤكد على كل من صعوبة التفرقة بين التفكير والادراك ، وصعوبة وضع الحدود بين المفاهيم فى البحوث التى تناولت اضطراب التفكير كذلك ، الاضطراب الذى وصفه «كبجرا» و «ريبول لاشو» (Capgras, & Reboul-Lachaux, 1923) وهو اضطراب نادر يتمثل عرضه الاساسى فى عدم القدرة على تحديد هوية شخص

مألوف ، والذى ينظر اليه بدلا من ذلك كما لو كان بديلا للشخص (انظر: (Enoch, 1963 ، وهو عرض شائع لدى مرضى الفصام البارانويدى، كما وجد أيضا لدى مرضى الفصام الوجدانى ، والاضطرابات الوجدانية، وذوى الاصابات العضوية بالمخ (Merrin & Silberfarb, 1976) .

ويطلق «كبجرا» على هذا الاضطراب « خداع الازدواجيــة أو الثنائية » Illusion of doubles .

وعلى ضوء النموذج الادراكى الذى أشرنا اليه آنفا (انظر شكل ٤ — ١) فاننا نستطيع أن نجد تشابها بين هذا الاضطراب وخداع « مولــر — لير » أو كمــا ذكر «ميرين ، سلبرفارب» (Merrin & Silberfarb, 1976, P. 968 : اننا نستطيع فهم « زملة كبجرا » على أنها فشل فى ثبات الاشياء عند مستوى عال من التعقيد فى الوظيفة الادراكية ، ولكن بما أن الاضطراب يداوم ويستمر على الرغم من امكان حدوث العكس ، ومن أن الفرد لا يكون لديه استبصار Insight بحقيقة كونه يسىء التوحد بشخص مألوف ما لديه ، فانه يعد أيضا مثالا لسوء التوحد Misidentification ، ومن ثم فهو توهم الثنائية ، ومع ذلك فهناك بديل ثالث .

وهناك نوعان مختلفان من المفاهيم : مفاهيم التكافؤ Equivalence ومفاهيم الهوية Identity (Bruner, Goodnow & Austin, 1956) : ويتشكل مفهوم التكافؤ حينما تحدد هوية عدد من الظواهر المختلفــة المميزة أو يستجاب لها على أساس أنها متكافئة فى بعض الجوانب . وهذا هو جوهر التصنيف (انظر الفصل الثانى) ، بينما يتشكل مفهوم الهوية عندما نعد أن الشىء هو نفسه برغم التغيرات فى شكل هذا الشىء أو مظهره . ويقترح «كولز» (Coles, 1967) اعتبار « زملة كبجرا » على أنها فشل فى الاحتفاظ بمفهوم الهوية .

اختـــلال الانيـــة Depersonalization

ويشـــار اليه أحيـــانا على أنه « اختـــلال الشـــعور بالواقع » Derealization ، ومن الصعب تحديد ما اذا كان اختلال الانية مثالا للاضطراب الادراكى اللمسى والعضلى ، أو لاضطراب الوجدان أو التفكير • ويعرف اختلال الانية على أنه « خداع ادراكى يتضـــمن الاحساس بعدم الواقعية وبخاصة ما يتعلق بجســـم الشخص ذاته والعمليات العضوية له » (Barrett et al., 1972, P. 583) وهو كذلك « شعور بغرابة الذات وعدم الواقعية » (Millon. 1969, P. 583, Millon & Millon, 1974; P. 476) « أو هو فقد الشعور بالواقع لدى الشخص والآخرين » (Rosen, Fox & Gregory, 1972, P. 475) وهو كذلك « اعتقاد بأن الشخص طرأ عليه تغير عميق يشير أحيـــانا الى عضو أو جهاز عضـــوى ، ويشير أحيانا أخرى الى فقـــد هويته الشخصية » (Kleinmuntz, 1974, P. 555) •

ويرتبط اختلال الانية مباشرة بمفهوم الذات كما بين «وليم جيمس» (James, 1890) ، ويذهب «جيمس» الى أن الذات الكليـــة تشتمل على جزءين : العارف والمعروف ، وحينما يفكر الشخص فى شىء ما يكون واعيا دائما بشيئين : نفسه ، وما يفكر فيه • ولم يحظ ما أورده « وليم جيمس » باهتمام الباحثين والتراث العام (Ambrosino, 1976) برغم طرافته وأهميته بالنسبة للمهتمين بالتنظير ، والمعالجين (انظر الفصلين العاشر ، والثانى عشر) ، وبوجه خاص للمختصين فى علم الظواهر •

وباعتبار اختلال الانية اضطرابا فى التفكير ، فاننا نجدها شبيهة شبها كبيرا « بزملة كبجرا » واضطرابات حيازة التفكير ، الا أنه من الافضل تصنيفها بوصفها اضطرابا فى محتوى التفكير •

اضطرابات حيازة التفكير Possession of thought

لا يستطيع الشخص فى الظروف السوية أن يتقبل فكرة أن أفكاره ليست ملكه أو أنه غير متحكم فى تفكيره ، وهذا هو اضطراب حيازة التفكير ، ولكن هناك بعض الظروف السيكياترية — وبالذات الوساوس وسحب الافكار التى تكون فيها هذه الاعراض هي السائدة •

الوساوس Obsession

الوسواس هو عدم القدرة على التخلص من محتو ى شعورى يمكن تقدير الشخص فيه على أنه اما أحمق أو أنه يستمر فى سلوك دون سبب (Schneider, 1925) • والوساوس عرض مميز لاضطراب الوسواس القهـــرى Obsessive-compulsive disorder ، ولكنها قد تحدث أيضا فى بعض الظروف العصابية مثل : حالات القلق والمخـاوف المرضية والاكتئاب وأحيانا فى الحالات العضوية •

ســحب التفكـــير Thought alienation

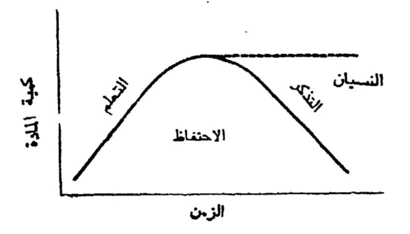
حينما يشعر الفرد بأن أفكاره تحت تأثير قوى خارجية أو أن الآخرين يشاركونه تفكيره ، فهو هنا انما يظهر أعراض سحب التفكير، ومرة أخرى فان هذا الاضطراب المعرفى يكون مميزا تشخيصيا لمرضى الفصام • وكما فى حالة اختلال الانية ، فان الجدل يثور حول ما اذا كانت الوساوس وسحب التفكير ، يجب أن نعدهما اضطرابات فى حيازة الافكار ، أو هى اعتقاد توهمى لنقص حيازة التفكير ، ومن ثم تعد فى هذه الحالة اضطرابا فى محتوى التفكير •

اضـــطرابات الذاكـــرة

الذاكرة Memory هى عملية استدعاء أو اعادة انتاج للمعرفة المكتسبة والافكار والادراكات السابقة ، وتعد اضطرابات الذاكرة من أكثر الشكاوى النفسية شيوعا (Williams, 1968) .

ويصاحب اضطرابات الذاكرة عديد من الامراض النفسية والجسمية : لدى المرضى الذين شفوا من العمليات الجراحية (Zwerling et al., 1955) ، والعلاج بالصدمات الكهربية (انظر الفصل الحادى عشر) ، وادمان الكحوليات (Goodwin et al., 1969 a, b, c) واصابات الرأس الناتجة عن الصدمات (Teuber et al., 1968) كما تحدث أيضا لدى كبار السن حتى من هم فى صحة جيدة . (Westropp & Williams, 1960)

وهناك اتفاق عام على أن الفص الصدغى يتدخل فى عملية الذاكرة ويؤثر فيها (Whitty & Zangwill, 1966, Milner, 1968) الا أن الذاكرة ليست عملية واحدة ، فهناك جوانب مختلفة من الذاكرة يلحق بها الاضطراب فى ظل ظروف اكلينيكية مختلفة (Williams: 1968) ومن الممكن فى الحقيقة تحديد سبع مراحل تشكل معا أربع عمليات مختلفة للذاكرة : التعلم Learning ، الاحتفاظ Retention النسيان Forgetting ، ثم الاستدعاء Recall ; (Welford. 1951 ; Hunter, 1957)



شكل (٤ — ٤) : رسم توضيحى للعمليات النفسية المتضمنة فى الذاكـرة

وتفصل هذه المراحل كما يلى :

الادراك والفهم :

(١) الادراك والفهم للمادة المطلوب تذكرها .

التعلم والاحتفاظ

(٢) آلية (ميكانيزم) التخزين قصير المدى Short-term storage .

(٣) تكوين الاثر القوى Durable trace .

(٤) تثبيت consolidation الاثر .

التعرف Recognition والاستدعاء Recall

(٥) التعرف الى أشياء نحتاج الى تذكرها .

(٦) عزل الموضوعات المرتبطة بالذاكرة .

(٧) استخدام المادة المتذكرة .

ومن الملاحظ أن اضطراب الذاكرة يبـدو فى فشل الشخص فى استخدام المادة التى سبق تعرضه لها فى الموقف الحاضر ، ولكن قد يرجع السبب فى هذا الفشل الى اضطراب فى أى مرحلة من المراحل السبع المشار اليها .

اضطرابات الادراك والفهم

فى معرض حديثنا عن الذاكرة ، فاننا نجد أن اضطرابات الادراك والفهم مرتبطة بفهم المدرك أكثر من ارتباطها بتكوينه . وترتبط هذه الاضطرابات — بوجه خاص — بفئتين تشخيصيتين : التأخر العقلى وحالة القلق .

التـأخر العقـلى Mental retardation

يعرف التأخر العقلى بأنه ما دون المتوسط فى الوظيفة العقلية العامة (Heber, 1959, Grossman, 1973, 1977) . أما الذكاء فلا يوجد له تعريف مقبول بصفة عامة على الرغم من أنه من أكثر المفاهيـم السيكولوجية التى استخدمت على نطاق بخثى واسع . وقد تراوحت تعاريف الذكاء : من القدرة على تحـديد العـلاقات بين الاشياء أو الافكار ، الى القدرة على استخدام ما تم تعلمه أو فهمه ، الى تعدد

صور التوافق • وبناء على ذلك فقد ثار جدال حول ما اذا كان الفشل فى الفهم هو عرض Symptom لانخفاض الذكاء أم هو مرادف للذكاء المنخفض • ولكن يبدو أن الذكاء — فى كل الاحوال — وثيق الصلة بالتفكير العقلانى •

حالة القلق Anxiety state

يؤدى الانشغال القلق بفكرة ما الى التأثير فى قدرة الشخص على الانتباه لفكرة أخرى أو تعلمها ، وعلى سبيل المثال : فان قلق طلبة المدارس العليا والجامعات من اجتياز الامتحان يجعلهم غالبا يواجهون صعوبة فى التعلم ، لأنهم يعملون منشغلين بعملية التعلم على حساب المادة المفروض تعلمها • ونستطيع ملاحظة ظاهرة شبيهة لدى الاشخاص الذين يعانون من قلق اكلينيكى مرتفع ، وذلك فى محاولاتهم للتوافق مع العالم الواقعى •

اضطرابات التعلم والاحتفاظ

ينظر الى التعلم والاحتفاظ على أنهما تكوين للأثر القوى وتثبيت لهذا الاثر • وتنشأ اضطرابات الذاكرة عند هذه المراحل ، بحيث ينتج عنها بعض الاعراض المرتبطة باختلال قدرات التعلم المصاحبة للحالات العصبية النفسية وفقدان الذاكرة اللاحق Anterograde amnesia وفقدان الذاكرة السابق Retrograde amnesia والكحوليات والشيخوخة Senility •

اختلال قدرة التعلم لأسباب عصبية نفسية

يعد الاخفاق فى التحصيل الدراسى ومواجهة صعوبات فى الدراسة الاكاديمية السبب الشائع والوحيد للتحويل الى الطبيب النفسى للاطفال • ولا توجد احصاءات دقيقة متاحة فى هذا الصدد ، الا أن

التقدير التقريبى أن ٧٥٪ من أطفال المدارس الابتدائية يحولون الى طبيب نفسى نتيجة لصعوبات فى التعلم فى اطار الفصل الدراسى •

وتتراوح الاسباب المحتملة لصعوبة التعلم المدرسى بين : عدم وجود فرصة تعلم ملائمة بسبب الغياب ، الى الاضطرابات الانفعالية مثل حالات القلق ، الى الخلل العضوى Organic impairment وقد يشمل الخلل العضوى حواس نوعية مثل السمع والبصر ، أو قد يكون أكثر عمومية فيتضمن عضو الاستقبال الفرعى كما فى قصر النظر أو الصمم ، وقد يكون الخلل العضوى أيضا فى التراكيب المخية المركزية، وقد ظهر مفهوم اختلال قدرة التعلم لأسباب عصبية نفسية Psychoneurological learning disability ، فيفترض وجود خلل فى التراكيب المخية المركزية •

ولهذا المفهوم أصل تاريخى من خلال ملاحظة بعض الاطفال الذين يتصرفون كما لو كان لديهم اصابة مخية ، على الرغم من عدم وجود أدلة عصبية على هذه الاصابة ، ويتسم هؤلاء الاطفال بالنشاط الزائد والاندفاعية ، كما يعانون من تقلبات مزاجية مفاجئة ومن سورات (نوبات) غضب حادة ، كذلك فان لديهم ضيقا فى سعة الانتباه ، مع صعوبة فى التعامل بالمفاهيم المجردة ويميلون الى المداومة الطويلة فى أداء ما يقومون بأدائه دون موجب لذلك • ولقد استخدمت بعض العبارات لوصف هؤلاء الاطفال مثل « الاندفاع العنيف لأسباب عضوية » (Kahn & cohen, 1934) ، و « الأقرب الى الحد الأدنى » (الأرضية) • والتشخيص المستخدم هنا هو « اصابة مخية فى أدنى درجاتها » (Paine, 1962) •

ويعنى هذا التشخيص أن هناك اصابة فى المخ ولكنها بسيطة بحيث لا تستطيع الاختبارات العصبية المستخدمة حاليا اكتشافها ، وردا على هذا البرهان فان التشخيص يتغير الى « اختلال وظيفى مخى

فى حدوده الدنيا » ، تسليما بأن المخ ربما كان غير مصاب بالفعل ولكن ماتزال توجد مسببات فى الأعصاب تجعله لايقوم بوظائفه على خير وجه (Bax & Mackeith, 1963 ; Clements, 1966 ; Gross & Wilson, 1974)

وأضاف الاطباء النفسيون تعديلا آخر ، اذ قدموا وصفا دقيقا يعبر عن مصطلح « زملة زيادة الحركة » Hyperkinetic Syndrome.

(Laufer & Denhoff, 1957 ; Laufer, Denhoff & Solomons, 1957; Rosenthal & Allen, 1978)

فى حين صاغ التربويون عبارة « اختلال قدرة التعلم لأسباب عصبية نفسية » (Johnson & Myklebust, 1967) •

وتم تعريف « اختلال قدرة التعلم لأسباب عصبية نفسية » — على سبيل التعريف الجامع وليس المانع — بأنه اختلال يحدث فى وجود الدرجة المناسبة من السمع والبصر والذكاء والتوافق الانفعالى والقدرة الحركية (Ibid) •

فقدان الذاكرة اللاحق

ويعرف أيضا بفقدان الذاكرة اللاحق للصدمة Post-traumatic (أو بعد الصدمة) ، ويشير فقدان الذاكرة اللاحق الى الفشل فى تذكر الاحداث المباشرة التالية لاصابة الرأس ، حتى لو ظهر على المريض الوعى الكامل بكل الاحداث التى حدثت فى هذا الوقت • وكثيرا ما تشير تقارير الرياضيين — وبخاصة لاعبو كرة القدم والملاكمون — الى أنهم يعودون الى المباراة بعد ضربة رأس ولكنهم يكونون غير قادرين على تذكر ما بعد الحادثة مباشرة • ففقدان الذاكرة اللاحق يمثل فشلا فى أى من تكوين الاثر القوى أو تثبيته ، وقد اتضح أن دوام فقد الذاكرة يتناسب بشكل مباشر مع شدة اصابة الرأس •

فقدان الذاكرة السابق

يستخدم مصطلح فقدان الذاكرة السابق ليشير الى عدم القدرة على تذكر المادة التى كان من الممكن تذكرها قبل الحالة المرضية • ويرتبط فقدان الذاكرة السابق ببعض الظروف العضوية ، حيث تغطى الذكريات المفقودة عددا من السنوات السابقة لبداية الاضطراب ، وقد يكون هذا الفقد متدرجا ، وينظر الى هذا الاضطراب على أنه راجع الى تدهور فى آثار الذاكرة التى تكونت فيما مضى •

فقدان الذاكرة بسبب ادمان الكحول Alcoholic blackout

ترتبط كثير من أنواع اضطراب الذاكرة بالاستخدام المفرط للكحول ، وتتراوح أشكال هذا الاضطراب من الخلل فى تذكر الاحداث أثناء الشرب (انظر : Overton, 1972) الى فقدان الذاكرة الشديد المصحوب بالتلفيق confabulation ، وهو خاصية تميز ذهان كرساكوف Korsakoff Psychosis (انظر : Talland, 1965) .

ومن أشكال هذا الاضطراب أيضا الفقدان الكلى للذاكرة الذى قد يصاحب التسمم الشديد ، وهو ما يطلق عليه « فقدان الذاكرة لأسباب كحولية » (Goodwin et al., 1969, a, b) وقد افترض أن ذلك يرجع الى تعطيل تثبيت الاثر (Tamerin et al., 1971) .

عتـه الشـيخوخة Senile dementia

يصف الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II الصادر عن رابطة الطب النفسى الامريكية ، الاعراض الاساسية للشيخوخة كالآتى : « التمركز حول الذات ، صعوبة تمثل الخبرات الجديدة ، انفعالات طفولية » • وكثيرا ما ترتبط بهذا الاضطراب أنواع أخرى من السلوك مثل : انخفاض اليقظة ، عدم تحمل تغيير الروتين ، خلل

الذاكرة المتعلق بالأحداث القريبة ، الانشغال بوظائف الجسم مثل الاكل والافراز •

وتؤكد بعض النظـريات على الدور الاجتمـاعى والدافعية لدى المسنين ، ويتضمن ذلك تفسيرا مهما مؤداه أن الصعوبة فى تمثل الخبرات الجديدة وخلل الذاكرة للأحداث القريبـة يرجع الى قلة الانتبـاه • (انظر : (Gallinek, 1948; Raskin & Ehrenber, 1956, Gal; 1959) .
ولكن وجهة النظر التقليدية لعته الشيخوخة والمأخوذة عن «كريبلين» Kraepelin تؤكد على أن خلل الذاكرة الملاحظ يرجع الى انحلال مخى Cerebral degeneration يمنـع تكـوين الأثر القـوى للذاكرة أو تثبيته •

اضطرابات التعرف والاستدعاء

حين نقدر أهمية الحاجة الى استدعاء مادة معينة ، أو عزل أثر له علاقة بموضوع ما ، أو استخدام المواد المستدعاة فى المواقف الجديدة ، كل ذلك يشير بصفة عامة الى التعرف والاستدعاء ، وهما مراحل لعملية الذاكرة لقيت اهتماما من قبل المحللين النفسيين •

فقدان الذاكرة اللاحق Retroactive

هناك تفرقة بين فقدان الذاكرة اللاحق والسابق (انظر ما سبق)• ويشير فقدان الذاكرة اللاحق الى فقدان الذاكرة للأحداث المباشرة التالية لاصابة الرأس ، وقد يرجع ذلك الى الفشل فى تثبيت أثر الذاكرة، ومن ثم نكون هنا أمام اضطراب فى التعلم والاحتفاظ • الا أن جليسبى (Gillespie, 1937) يقرر أن التنويم الايحائى Hypnosis أو الحقن الوريدى بالباربيتيوريت Barbiturates (نوع من المطمئنات) يعيد عددا كبيرا من الذكريات المتعلقة بالأحداث التى تمت بعد الاصابة • فاذا

كان هذا التقرير صادقا فان ذلك يشـــير بوضوح الى حدوث تثبيت للأثر ، ويكون فقدان الذاكرة اللاحق هو اضطراب فى الاستدعاء .

الكبــت

يعرف فرويد الكبت **Repression** بأنه آلية (ميكانيزم) يرفض الدوافع والافكار من الشعور ويحتفظ بها فى اللاشعور ، كالأفكار التى ترتبط فى مرحلة الطفولة بالدوافع الجنسية والعدوانية ، والتى يمكن أن تستثير القلق اذا لم يعترف بها فى الشعور ، وعلى أى حال فلا يوجد اتفاق بين المحللين النفسيين على ما هو المكبوت بشكل دقيق ، ومن أين تأتى المادة المكبوتة أصلا .

وقد عبر «فرويد» نفسه عن الكبت بأفكار مختلفة ، وقد سببت نقلاته النظرية خلطا ، اذ استخدم الكلمة ليصف منع الفكرة من بلوغ الشعور ، واستخدمها أيضا لطرد الافكار الشعورية . والاستخدام الاخير هو الاكثر شيوعا الآن ويطلق عليه « الكبت الحق » . ويعد استخدام مفهوم الكبت خاصية للهيستيريا .

أثــر زيجارنيــك

يشير أثر زيجارنيك **(Zeigarnick, 1927)** الى أن ذاكرة المهام غير المكتملة أفضل من ذاكرة المهام المكتملة ، ويمكن أن يتأثر أثر زيجارنيك ببعض متغيرات الشخصية مثل : انشغال الأنا والحاجة الى التحصيل **(Atkinson, 1953)** .

التفكك

التفكك **Dissociation** هو انفصال أو انشطار لجزء كامل من الشخصية بحيث لا يكون هناك مواصلة للشـــعور الواعى . والتفكك مثال للكبت ، كما يعبر عن الانفصال العقلى اليومى الذى يسمح للناس

أن يقولوا أشياء متناقضة ويفعلوها ، وأيضـا الاحوال السيكياترية للشخصية المتعددة وحالة الشرود .

حـالة الشـرود

تتألف حالة الشرود Fugue State من سلوك شاذ مؤقت ، يتميز بتجوال غير هادف ، مع تغيير ملحوظ — قليل أو كثـير — فى الشعور ، يتبعه عادة وليس بالضرورة — فقدان الذاكرة (Stengel, 1941, 1943)

ويشبه الشرود الصرع النفسى الحركى Psychomotor epilepsy ، ففـى الصـرع النفسى الحـركة يفقـد المريض الشـعور حيث يؤدى سـلوكا منظمـا وهو فى حالة لا شـعورية ، ويكـون هذا السلوك فى العـادة مهام روتينية ، ولكـن قد يكون مهـاما مضادة للمجتمع أو غير معتادة ، أو قد تكون فعلا عنيفا ، ويقال ان «فان جوخ» Van Gogh قد قطع أذنه أثناء نوبة صرع نفسى حركى . ومع ذلك، وعلى نقيض نوبة الصرع النفسى الحركى ، حيث يكون السلوك فعلا متقطعا ، نجد المريض فى حالة شرود حقيقى يترك فجأة نشاطه السابق، ويذهب فى رحلة ليس لها علاقة واضحة بما كان يفعله . وفى أثناء حالة الشرود نجده يتذكر بعض الاشياء مثل الطـريق الى محطة القطار وقيادة السيارة ، ولكنه ينسى أشياء — من المفروض أنه تعلمها جيدا — مثل اسمه وتحقيق شخصيته .

وتفسر حالة الشرود تفسيرا سيكياتريا شائعا على ضوء الكبت والتفكك ، ولكن لأن هذه المفاهيم لا تجد قبولا عاما خارج مدرسة التحليل النفسى ، ولأن عددا قليلا من الناس هم الذين فحصوا فعلا أثناء حالة الشرود (Berrington et al., 1956) ، فقد قدم تفسير بديل على ضوء التمارض Malingering . فعلى سبيل المثـال يسرد «فش» (Fish 1967, P. 59) قصة « أنسل بورن » Ansel Bourne

الذى اختفى من منزله ليظهر بعد شهرين فى مدينة تبعد مائتى ميل ، وبملاحظة أن آخر شىء قام به «بورن» قبل اختفائه هو سحب مبلغ كبير من البنك ، فهذا يجعلنا نرجح أن فقد الذاكرة وافتراض هوية جديدة هى أفضل طريقـــة لتغطية قصة رجل تعمد الهرب من بعـــض المشكلات التى حلت نفسها خلال شهرين أثناء ابتعاده . وربما نجد أن احدى مدرسات مدرسة الأحد قد أجهضت فى المدة ذاتها .

وقدم « برنجتون ، ليـــدل ، فولدز » (Berrington, Liddell & Foulds, 1956) تفسيرا ، هو بمثابة حل وسط يجمع كل ملامح التفسيرات الاخرى : البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية ، فقـــد افترضوا أن الشخص ذا الطابع الخاص فى الشخصية ، والذى أطلقوا عليه « الشخصية الهستيرية ــ السيكوباتية » والذى يكون له تاريخ من فقدان ذاكرة ناتج عن ارتجاج Concussion المخ ، أو فقدان ذاكرة نتيجة أسباب كحولية ، هذا الشخص سوف يستخدم فقدان الذاكرة المحـــدد عضويا كنموذج دفاعى ضد تطور الاكتئاب لديه والذى ينتج من صراع شـــديد .

ملخـــص وخاتمـــة

تناول هذا الفصل المعلومات المتـــاحة المتعلقة بالتنوع الواســـع للاضطرابات المعرفية ، فألقى الضوء على الارتباط بين الاضطرابات المعرفية والامراض الذهانية وبخاصة الفصام واصابات المخ العضوية ، وقد ركز أيضا على صعوبة الفصل بين العمليات المعرفية المختلفة ، وقدمت تعريفات عملية دقيقة لهذه العمليات .

ويجب النظر الى المشكلات الخاصة بتعـــريف العمليات المعرفية المختلفة من خلال سياق تاريخى ، فمفهوم «المعرفة» أو « العمليات المعرفية » يرتبط بأصول علم النفس بوصفه نظاما أكاديميا ، فحينما

أسس «فونت» Wundt معمله السيكولوجى بجامعة لايبزج Leipzig عام ١٨٧٩ ، تقبل مناهج الفيزياء والكيمياء فى التحليـل التجريبى للشعور ، وكانت النتيجة التأكيد على العمليات الادراكية الحسية واهمال الجوانب الاخرى للشعور .

وقد تكون مسألة ايجاد تعريفات عملية دقيقة للعمليات المعرفيـة المختلفة مسألة صعبة ، لأن الاتجاه التجزيئى التحليلى فى دراسة هذه الظواهـر له قيمتـه التوجيهية فقط . وبدلا من ذلك فان المفاهيـم السيكولوجية تحتاج تنقيحا لتتمشى مع الواقع الفيزيولوجى . وعموما فهناك كم ضخم من المعلومات المتجمعة برغم هذه التعريفات الحديثة غير الدقيقة .

الفصل الخامس

الاضطرابات الانفعالية

يستخدم مصطلح « العمليات الوجدانية » Appetitive systems بشكل شائع للاشارة الى المشاعر والحالات النفسية والانفعالات والأمزجة ، وهى بالضرورة ما أشار اليه «أرسطو» قديما ، ثم «كانتريل» مؤخرا (Cantril 1967 ; Cantril & Livingstone, 1963) بالأنظمة الشهوية Affective processes • وقد خضعت هذه العمليات لتعريفات عديدة ، تراوحت بين تعريفها بمضمون الوعى أو الشعور ، الى تعريفها بردود الفعل الفيزيولوجية ، أو تعريفها بخصائص الشخصية ، تلك التى يمكن استنتاجها من ثبات الاستجابات السلوكية عبر الاوضاع والمواقف المختلفة • وقد درج بعض الكتاب على استخدام مصطلحين أو أكثر من تلك المصطلحات المشار اليها أعلاه بشكل مترادف بحيث يفيد الواحد منها ما يفيده الآخر (Buss, 1966) ، على حين يضعها كتاب آخرون فى ترتيب تسلسلى هرمى يستخدم فيه مصطلح «الوجدان» Affect على أنه مصطلح عام ، بينما يستخدم كل من مصطلحى « المشاعر feelings والحالات النفسية moods » على أنهما تركيبات ذات مستوى متوسط بين المزاج والانفعال Emotion (Becker, 1974) .

كذلك فقد خضعت العمليات الوجدانية بشكل تقليدى للمقابلة أو المغايرة بينها وبين العمليات المعرفية — التى تحدثنا عنها فى الفصل الرابع — بغية اظهار الفروق بينهما • فقد قامت الفلسفة الهندية القديمة على سبيل المثال بالتفريق بين الحب love والفكر thought فى حين قامت الفلسفة الاغريقية التقليدية بالمقابلة والمغايرة بين الحالة النفسية mood والفكر أو العقل intellect (Reymert, 1950) •

ومن يتأمل الاستخدام العادى فسوف يجده يعكس مغايرات مشابهة ، بحيث يربط غالبا بين العمليات المعرفية والسلوك المنطقى المعقول من جهة ، كما يربط بين العمليات الوجدانية والسلوك غير المنطقى من جهة أخرى • فقد حاول «بيتيرز» (Peters, 1960) — مثلا — البرهنة على أن الانفعالات استجابات لا ارادية ، وبالتالى فانه لابد من التمييز بينها وبين السلوك الاجتماعى العادى • ومن هنا — وكما ذكر فى الفصل الاول من هذا الكتاب — فان الاضطراب الانفعالى Emotional disturbance يعد مصطلحا شائعا للتعبير بأسلوب رقيق عن المرض العقلى • ولكن برغم التاريخ الطويل والاستخدام الواسع لهذين المفهومين فانه من الصعب أن نجد للعمليات الوجدانية تعريفا لا يتضمن بطريقة ما العمليات المعرفية ، اذ يرتبط التفكير والشعور بعضهما ببعض ارتباطا وثيقا كما سبق أن أشرنا الى ذلك فى الفصل الرابع ، وأنه قد تلوحظ ارتباط التفكير بالادراك • وبناء عليه فانه من الواجب أن نوجه اهتمامنا فى البداية الى تعريف تلك العمليات الوجدانية •

الانفعال بوصفه خبرة ذاتية

لقد اعتقد «فرويد» (Freud, 1915 a) أن جوهر انفعال ما يكمن فى أنه ينبغى للفرد أن يكون واعيا به مدركا له ، وأنه ينبغى لهذا الانفعال أن يكون جزءا من وعيه أو مضمونا لذلك الوعى • وقد جاء هذا الاعتقاد منسجما مع وجهة النظر السائدة فى ذلك الوقت ، والتى أكدت على الشعور أو الوعى والخبرة الواعية بصفتهما الموضوع الاساسى لعلم النفس •

لقد كانت طريقة علماء النفس الأوائل طريقة تحليلية اختزالية ، وكان التفريق بين المشاعر (الوجدانات) والاحساسات (المعارف) نتيجة لتلك الطريقة • ولكنهم لم يتوقفوا عند هذا الحد ، اذ اهتموا باثبات البيانات الاساسية للخبرة الذاتية والبرهنة عليها، متأثرين — دون شك —

فى ذلك بالعلماء المتخصصين فى العلوم الطبيعية فى بحثهم عن العناصر المختلفة • لقد تصور علماء النفس الأوائل الاحساسات وكأنها عناصر ، ولكنهم لم يكونوا واثقين مما اذا كانت المشاعر مركبة من الاحاسيس أو أنها كانت عنصرا أساسيا آخر من عناصر الخبرة (Arnold, 1961) .

ولقد تحولت دفة النزاع الذى دار مؤخرا حول العناصر الأساسية للخبرة الى الفيزيولوجيا للحصول على اجاباته المتعلقة بهذا الموضوع (انظر أدناه : نظريات جيمس — لانج ، كانون — بارد) ، فى حين ظهر ادراك المشاعر وتصورها بصفتها ظاهرة تجريبية اختبارية (يعيشها الفرد ويعانيها) فى أعمال « بيبى — سنتر » (Beebe Center, 1932) فى بحوثه المتعلقة بالسرور والكدر ، وفى أعمال « ب•ت يونج » (P.T. Young, 1936, 1952, 1955) المتعلقة بالتنبه الوجدانى Affective arousal ، بالاضافة الى ظهوره فى كتابات الوجوديين•

السرور والكدر

قام «فنت» (Wundt, 1896) بتقديم اقتراح يقضى بامكانية وصف المشاعر الانسانية على ضوء أبعاد ثلاثة هى :

السرور والكدر	Pleasantness-unpleasantness
التهيج والسكون	Excitement-quiescence
التوتر والاسترخاء	Strain-relaxation

ثم قام تيتشنر (Titchener,1921) فيما بعد باختصار هذه الابعاد الثلاثة الى بعد منفرد هو « السرور والكدر » ، والذى وصفه « بيبى سنتر » (Beebe-Center, 1932) بصفته البطانة الوجدانية أو الصبغة اللذية Hedonic tone • وقد اتخذ «يونج» (Young, 1952, 1955, 1959; 1961) مدخلا موضوعيا فى دراسته للطابع المتعى أو الصبغة اللذية ، والتى عاد منها الى نموذج الأبعاد الثلاثة للوجدان ،

حيث عرف المتصل المتعى Hedonic continuum من حيث كونه سلوكا اقداميا احجاميا . كما أضاف الى ذلك بعدى الشدة Intensity والدوام Duration • وقد تأثر «ماكليلاند» (McClelland, 1951, 1953, 1955) بتجارب «يونج» فى تطويره لنظرية متعية Hedonistic فى الدافعيــة (انظر الفصل العاشر) • وعلى كل حال ، فقد انتقد «بيترز» (Peters, 1960, p. 143) هذا المدخل حيث أشار الى أن :

« تذوق السكر يجلب السرور — وهو شعور ايجابى ومتمركز غالبــا ، كما يمكث لفترة معينة — وبالتالى فانه ليس من الافراط فى شىء أن نسلم بالحالات أو العمليات المتعية • ولكن هل من المعقول أن نحلل ما يحدث فيما يتعلق بالطعم الحلو الذى يؤدى الى شعور من السرور متميز ومستقل ، أو الى حالة من الاستثارة الانفعالية ؟ ان الطعم الحلو أمر سار ، ولكن ذلك لا يعنى وجود شيئين : الطعم الحــلو والسرور » •

ان اللذة — والكدر بعد أو خصيصة لخبرة انفعالية ذاتية ، ولكنه ليس تلك الخبرة ذاتها •

وقد ذكرت رابطة الطب النفسى الامريكية (APA, 1980, p. 205) أن الخاصية الجوهرية التى تميز الاضطرابات الوجدانية — بصفتها وحدة تشخيصية — تتمثل فى تعكر الحالة النفسية أو اضطرابها ، وهى تتحدد فى قالب أو نمط يذكر بالسرور أو الكدر بصفته « انفعــالا ممتدا يضفى على الحياة النفسية بأسرها لونا من الألوان ، كما يتضمن عموما اكتئابا أو ابتهاجا » •

وقد أعيدت نظرية الأبعاد الثلاثية الى الأذهان ، وعاد اليها النشاط فى السبعينيات من هذا القرن • فقــد افترض « راسيل ، مهرابيان »

(Russell & Mehrabian, 1977) أن هناك أبعادا ثلاثة مستقلة ، كل منها ثنائى القطب Bipolar ، وهى تعد ضرورية وكافية لتعريف الحالات الانفعالية . وقد تمثلت الأبعاد الثلاثة التى استخدمها هذان الباحثان فى : اللذة ــ الكدر ، ودرجة التنبه ، والسيطرة/الخضوع ، وقد عداها مشابهة لمجموعة الأبعاد الفارقة للمعنى التى وضعها «أزجود» (Osgood, 1952 ; Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957) وهى أبعاد: التقييم والنشاط والفعالية . ولكن كلا المجموعتين من الأبعاد مشابهان لمجالات علم النفس ، وعلم الأحياء وعلم الاجتماع ، وعند القيام بأية محاولة لتحديد الأبعاد الأساسية للسلوك الانسانى فان هذه الأبعاد الثلاثة تظهر ــ بشكل متسق ــ فى صورة أو أخرى . وتعد مفاهيم «فرويد» الثلاثة : الأنا ، والهو ، والأنا الاعلى ــ والتى سبق ذكرها فى التمهيد لهذا القسم ــ أفضل مثال لذلك على الأرجح .

وعقب الهجوم الذى شنه «واطسون» (Watson, 1913, 1914). ضد الاستبطان والمذهب العقلى فقد أصبح هذا البعد محددا ومعرفا بطريقة اجرائية ، كما أصبح بمثابة المركز الذى تركز حوله قانون الأثر Law of effect الذى وضعه « ثورندايك » (Thorndike, 1913) بالاضافة الى اتخاذه أساسا لطريقة العلاج السلوكية الرئيسة (انظر الفصل الثالث عشر).

الأساس البيولوجى للوجدان

اذا نظرنا الى الخبرة بصفتها « خبرة ذاتية » فاننا نجد أنه لا يمكن لأحد معرفة الحالة الوجدانية التى يعيشها فرد من الأفراد الا اذا قدم تفسيرا لفظيا لتلك الخبرة التى يمر بها ويعانيها ، أو اذا أمكن التعرف الى ما يرتبط بتلك الخبرة من متعلقات فيزيولوجية أو سلوكية (انظر مثلا : (Krause, 1961 ; Krause, Galinsky & Weiner, 1961 ; Martin 1961)

وفى الحقيقة ، لقد تم ادراك العمليات الوجدانية بصفتها مظهرا للأداء أو العمل البيولوجى . فعلماء مثل « ويليام جيمس » (James, 1890) و « ماكدوجال » (McDougall, 1908) و « فرويد » (Freud, 1915 a) عرفوا الوجدان جميعا بصفته تعبيرا ذاتيا مدركا بشكل واع عن العملية الفيزيولوجية أو الغريزية الكامنة .

نظرية جيمس – لانج James-Lange Theory

ابتداء من «ديكارت» وانتهاء «بداروين» فلقــد افترض حدوث الخبرة الانفعالية الذاتية بشكل سابق للتغيرات الفيزيولوجية المرتبطة بها ، بحيث كانت محددا لتلك التغيرات وعاملا مقررا لها . ولقد أوحت نظرية « جيمس – لانج » بما يفيد نقيض هذا الافتراض ، حيث وجهت الأنظار الى ابتعاد علم النفس عن دراسة الخبرة الذاتية واتجاهه الى الاهتمام بدراسة التغيرات الفيزيولوجية .

أما بالنسبة « لويليام جيمس » (James, 1890) فقد اعتقد بأن الخبرة الانفعالية الذاتيـــة تتألف من وعى الفرد وادراكه للتغـــيرات الفيزيولوجية المختلفة التى تحدث أثناء فترة من التهيج أو الاستثارة الانفعالية . ولكنه لم يستطع أن يتصور انفصال الانفعال عن ادراك مثل هذه التغيرات أو الوعى بها . ولقد تصور «لانج» (Lange, 1885, 1887) بالضرورة المفهوم ذاته الذى تصـــوره «جيمس» ، مع فارق بينهما وهو أن «جيمس» ذكر العضلات والأحشاء ، بينما ذكر «لانج» فقط جهاز الدورة الدموية .

نظرية كانون – بارد المهادية Cannon-Bard thalamic theory

لم تصادف نظرية «جيمس – لانج» قبولا لدى «كانون» الذى انتقدها من نقاط عدة مقترحا ما يلى :

(١) أن انفصال الأحشاء عن الجهـاز العصبى المركزى انفصالا جراحيا لا يغير السلوك الانفعالى •

(٢) أن التغيرات الحشوية ذاتها تحدث فى حالات انفعالية مختلفة جدا أو حالات غير انفعالية •

(٣) أن الأحشاء أبنية غير حساسة نسبيا •

(٤) بطء التغيرات الحشوية بشكل شديد بحيث لا يمكنها أن تكون مصدرا للشعور الانفعالى •

(٥) ان الاحداث أو الحث الصناعى للتغيرات الحشوية المصاحبة لانفعال قوى لا يؤدى الى اعادة اصدار هذه الانفعالات وحدوثها •

ومهما يكن من أمر فان كثيرا من انتقادات «كانون» لم تكـن مناسبة أو ملائمة • ولقد أشار «جيمس» (James, 1890, p. 450) الى صعوبة احداث استجابة انفعالية بشكل صناعى متكلف • وفضلا عن ذلك فانه لم يقل باعتماد السلوك الانفعالى على الأحاسيس الصادرة من الأعضاء والأحشاء • ان الذى رفضه «جيمس» هو الوعى الذى يتدخل بين المنبه والاستجابة • ومن هنا فان البرهنة على عدم ضرورة المراكز العليا للحاء Cortex لاحداث الاستجابة انما يبرهن على تأييد موقفه من تلك القضية (Hebb, 1949) .

وبرغم ذلك فان «كانون» (Cannon, 1927) مضى الى الكشف عن نظريته الخاصة التى ذكرت أن النوعية الفريدة لانفعال ما تضاف الى احساس بسيط عندما يتم تنشيط العمليات المهادية المجاورة للقشور اللحائية • ولقد حاول البرهنة على عدم تمكن التأثيرات العضوية لنشاط الجهاز العصبى اللاارادى من ابراز كثير من الأنماط المميزة بالقدر ذاته الذى يقرره المفحوص عن الحالات الانفعالية • ولكنه قدم تقسيما ثنائيا أو تفريعا مبسطا للغاية بين النشاط السمبتاوى والباراسمبتاوى ، مما

جعله عرضة للانتقاد الى حد شديد (انظر : Lashley, 1938 ; Gellhorn, 1943 ; Arnold, 1945 ; Davis; 1957)

ان تأثير «كانون» فى الطب النفسى يمكن الوقوف اليه من بعض الأسس المنطقية لجراحة القطع الجبهى (انظر الفصل الحادى عشر).

ولقد ركزت البحوث والدراسات اللاحقة «لكانون» على محاولة التفــريق بين الحالات الانفعالية المختلفة من حيث كونهــا أنمــاطا للاستجابات الفيزيولوجية ; Ax, 1953 ; Cattell & Scheier, 1958 ; 1961) ولكنهــا لم تحقق الا نجــاحا محــدودا (Martin, 1961) . الا أن نجاحا أفضل قد تحقق عندما تم تقديم الجانب المعــرفى من الحالات الانفعالية .

الوجدان والمعــرفة

ان الاطار الذى تحدث الخبرة من خلاله ــ وبخاصة فى الحالة التى تحدث فجأة ــ قد عد معيارا أو محكا ضروريا لا لتسميتها خبرة انفعالية فحسب (Averill, 1969) بل لتخصيص صفة انفعالية معينة (Schacter & Singer, 1962) .

«فالحسد» و «الغيرة» و « السخط أو النقمة » و «الغيظ» هى مثلا مصطلحات تصف كلا من الاستجابة الانفعالية والوضع الاجتماعى الذى تحدث فيه . وفضلا عن ذلك فان كثيرا من المفاهيم الانفعالية تتضمن أحكاما أدبية وقانونية وأخلاقية وجمالية (Bedford, 1957) .

المظاهر السلوكية للوجدان

من بين الأسباب الرئيسة التى أدت الى المقابلة بين العمليــات الانفعالية والعمليات المعرفية ما لوحظ من ميل الحالة الانفعالية القوية الى تعطيل التفكير المنطقى المعقول واحداث نوع من الفوضى فيه .

وقد قام كثير من علماء النفس فى الحقيقة (انظر مثلا : Young, 1936, 1961 ; Shaffer et al., 1940 ; Woodworth; 1940) بتعريف الانفعالات على أنهـا « معكرة مشوشة أو معكرة مشوشة »(*) أو كلاهما معا • وعلى كل حال فان هناك وجهة نظر معاكسة تم التعبير عنها ، حيث تنظر الى الانفعال من حيث كونه تكوينا منظما ذا خصائص حاثة ودافعة (Cannon, 1927, 1929 ; Leeper, 1948) .

نظرية الانفعالات كحالات طارئة لكانون

سبق أن ذكرنا تأكيد «كانون» (Cannon, 1927, 1929) على الدور الذى يقوم به المهاد Thalamus فى اصدار الخبرة الانفعالية • وبالاضافة الى ذلك فانه قد أكد أيضا على ما للتغيرات البدنية من فائدة ، والتى تحدث أثناء الخوف والغيظ أو الغضب والانفعالات المرتبطة بها ، معتبرا تلك التغيرات آليات (ميكانيزمات) تكيفية تساعد الفرد على التعامل مع التهديدات والأخطار التى يواجهها ، كما تساعده عموما فى المواقف العصيبة أو الحالات المليئة بالضغط والاجهاد • وخلال أزمة ما من الأزمات التى تقتضى تغيرا مفاجئا ، وحين يكون لدى الفرد اختيار بين الدخول فى معركة fight أو اللواذ بالفرار والهرب flight فان التغيرات الجسمية التى أكد عليها « جيمس ، لانج » يمكن النظر اليها بصفتها مهيئة أو معدة للفرد ، بحيث تجعله ميالا الى التقدم لاتخاذ سلوك معين (Bugelski, 1973) وطبقا لنظرية الطوارىء Emergency التى وضعها «كانون» فان تلك التهيئة وذلك الاعداد يتمان عن طريق الجهاز العصبى السمبتاوى • وبالتالى فانه بينما يمكن للنشاط فى الجهـاز العصبى الباراسمبتاوى أن تكون له السيطرة والهيمنة فى الأحوال العادية، فعندما تحدث الاثارة الانفعالية الحادة ، يصبح نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى مسيطرا •

(*) بتشديد الكاف والواو ، بالفتح ثم بالكسر على التوالى •

نظرية التنظيم من وضع « ليبير »

قدم «ليبير» (Leeper, 1948) وجهة نظره المعارضة بشكل مباشر لوجهة النظر القائلة بأن الانفعال اما حالة مضطربة مشوشة أو حالة محدثة للاضطراب والتشويش • وكما فعل «كانون» فان «ليبير» قد عد العمليات الانفعالية على أنها حاثة ومثيرة ، مساندة ومعززة ، وهى كذلك نشاط توجيهى • كما هاجم النظريات القائلة بأن الانفعال حالة مضطربة مشوشة أو حالة محدثة للاضطراب والتشويش معتمدا على نقطتين ، أولاهما تأكيد هذه النظريات بشكل مفرط على انفعالات مثل القلق والخوف والغيظ • وثانيهما استخدامها لمصطلحات غامضة غير واضحة بحيث جاءت اما غير معرفة بالمرة أو معرفة فقط تعريفا ضعيفا سقيما ، مما أدى الى صـــعوبة فى تحـــديد ما اذا كانت تلك المصطلحات قد استخدمت بشكل متساوق متناغم أو أن البيانات المتوافرة قد دعمت النظرية أو فندتها وناقضتها • (Leeper, 1948,

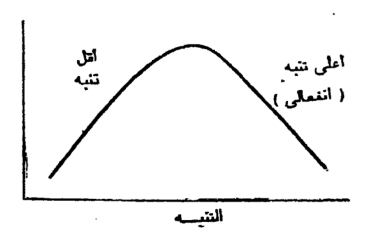
وقد لاحظ «ليبير» (P. 12) أن مبدأ «التنظيم» Organization يعنى صفقة تتم فى مقابل التصادم مع ما يعارض القاعدة الأساسية لهذا المبدأ • ففى حالة الخوف من مواجهة الجمهور Stage-fright قد يؤدى تنظيم الأجهزة الجسمية استعدادا للاقدام أو الاحجـــام والهرب الى اضطراب فى العزف على البيانو ، ولكن ذلك لا يمنع من أنه مازال يعد تنظيما •

مفهـــوم التنبـــه

بعد أن قامت «دوفى» (Duffy, 1934, 1941 a, 1941 b; 1948) بمراجعة للبحوث والدراسات السابقة أشارت الى المحاولات التى كانت قد بذلت ـــ بخمس طرق مختلفة ـــ لتمييز الانفعال عن غيره من الأحوال أو الظروف • وقد انتهت من مراجعتها الى القول بأن مصطلح «الانفعال» Emotion ـــ كما هو مستخدم فى هذه الدراسات بشكل شائع ـــ لم

يشر به الى حالة وحيدة ، بل الى نقاط خمس متنوعة ومحددة تحديدا سيئا وسقيما على عـدد من المتصلات Continua • وبناء عليـه فان التفريق بين الاستجابة الانفعالية وغيرها من الأنماط الأخرى للاستجابة كان بالدرجة الأولى تفريقا فى الدرجة لا فى النوع على الأصح ، مع الأخذ فى الاعتبار أن المتصلات والنقاط الفاصلة تختلف من نظرية الى أخرى •

وفى محاولتها لتنظيم البيانات بأسلوب أكثر اتساقا فقـد قدمت «دوفى» (Duffy, 1948) اقتراحا يقضى بأن اختلال التنظيم انما هو دالة (وظيفة) أى سلوك عند مستويات عالية أو منخفضة من استهلاك الطاقة • ولكن نظرا لأنه لم تذكر بالمرة الدرجة الدقيقة لأى نوع من السلوك الذى يطلق عليه «انفعالى» ، فانه من المستحيل القيام بعمل تفرقة فئوية بين الحالات الانفعالية والحالات غير الانفعالية ، وبالتالى فان مفهوم الانفعال لا يمكن أن تكون له قيمة فى البحوث والفحوص النفسية العلميـة • وكبديل لمحـاولة التمييز بين السلوك الانفعالى والسلوك غير الانفعالى فقد رفضت «دوفى» بصفة جوهرية البعـد التقييمى evaluative مؤيدة بذلك البعد النشاطى للخبرة الوجدانية • وقد اقترحت امكانية وصف السلوك كله فيما يتعلق ببعدين من أبعاده هما : اتجاه الهدف ، وشدة السلوك أو تحريك الطاقة • وقد أكدت على المفهوم الثانى (أى بعد شدة السلوك) والذى يشير اليه مفهوم التنبه Arousal .



شكل (٥ ــ ١) : تمثيل بيانى لتأثير التنبه على السلوك

وينظر الى التنبه من حيث كونه يحدث فى متصل يمتد من نقطـــة منخفضة أثناء نوم عميق خال من القلق والانزعاج الى نقطة عاليـــة أثناء حالات من التهيج المفـــرط كالتخشب Catalepsy (Kroger & Fezler, 1976) والنوبة الصرعية ، وتميل درجة التنبه الى التأثير فى سرعة السلوك وشدته وتناسقه كتلك التى يوضحها المنحنى فى شكل (٥ ــ ١) ، حيث تأخذ العلاقة بين التنبه ونوعية الأداء شكل الحرف U معكوسا الى أسفل (Schlosberg, 1954 ; Hebb, 1955 ; Malmo, 1957; 1959) وانظر كذلك : (Easterbrook, 1959) ،

تكامل الاستجابة الوجدانية

تضمنت تعريفات العمليات الوجدانية التى فصلنا القول عنهـــا حتى الآن خمسة مفاهيم : الحالة الحافزة التى تحدث فجأة ، والعمليات المعرفية ، والشعور أو الخبرة الذاتيـــة ، والتغيرات الفيزيولوجية ، والسلوك العلنى الصريح ، وقد أجريت البحوث والدراسات المبكـــرة اعتمادا على افتراض يقضى بأن المفاهيم الثلاثة الأخيرة من تلك المفاهيم كانت بوجه خاص مرتبطة ارتباطا ايجابيا ، بل حتى ارتباطا تاما ،

ومثل هذا الافتراض قد ضمن فى البحوث والدراسات التى أجريت لوضع مؤشرات أو علامات فيزيولوجية للقلق مثلا • ومهما يكن من أمر فان الفطرة السليمة أو الحس المشترك والدراسات اللاحقة أشارت الى خطأ هذا الافتراض وعدم صحته •

وقد أشار «ريخمان» (Rachman, 1978, p. 24) فى تحليله واستعراضه لبحوث الخوف وعلاقته بالشجاعة الى أنه على حين قد يكون الارتباط بين العناصر الثلاثة عاليا فى مستويات التنبه الانفعالى العالية والمنخفضة فانه من الأصوب أن نتصوره بصفته « مركبا من أنظمة استجابية مقترنة معا بشكل غير تام » • ان جوهر الشجاعة يكمن فى عدم تهيب الناس للمواقف والحالات التى تؤدى الى الشعور بالخوف أو فى محاولتهم الهرب من تلك المواقف ، ولكنهم فى الواقع يقتربون منها على الرغم من معاناتهم ومقاساتهم لذلك الانفعال •

ضبط الانفعال والتحكم فيه

طبقا لنظرية «كانون» فان الاستجابات الانفعالية تمثل تحريك امكانات الجسم لمواجهة المواقف الطارئة • ويستخدم هذا التحريك على نحو مثالى فى أسلوب الاقدام أو الاحجام fight or flight الذى يعد أكثر الأساليب مباشرة وتلاؤما • ولكن من النادر فى المجتمع المتحضر مواجهة المواقف والمشكلات التى يمكن التعامل معها بالهجوم البدنى البسيط أو بالهرب والفرار • وهناك من القيود الاجتماعية ما لا يعد ولا يحصى مما لا يقرر امكانية التعبير عن انفعال أو عاطفة معينة فحسب بل يقرر كذلك كيفية التعبير عنها ، ان ضبط الانفعالات والتعبير عنها بشكل ملائم فى الحالين يمكن أن يشكل مشكلة رئيسة •

ان التعبير عن الانفعال وضبطه والتحكم فيه لهو أمر يتصل اتصالا وثيقا بقضية السلوك المنطقى فى مقابل السلوك الانفعالى ، والتى سبق

ذكرها فى مقدمة هذا الفصل ، كما يتصل بالمفهوم الثقافى الاجتماعى للشذوذ أو اللاسوية (الفصل الأول) ، بالاضافة الى ارتباطه بمفهوم المرض العقلى لدى علماء النفس السلوكيين (الفصلان الثامن والثالث عشر) • فهذه القضايا الثلاث تؤكد جميعا على مدى تكيف السلوك مع البيئة • ومع ذلك ، فانه نظرا لاهتمام هذا الفصل بالخبرة الذاتية أكثر من اهتمامه بالتعبير السلوكى فاننا نعتقد أنه من الأفضل ارجاء الحديث بالتفصيل عن مظاهر الانفعال أو جوانبه الى الفصل السادس حيث سيتم فيه وصف المجموعة التقليدية الثالثة من العمليات العقلية ، ألا وهى النزوع Conation .

اضطرابات الوجدان

تصاحب اضطرابات الوجدان أنواع وضروب كثيرة من المرض العقلى،فبالاضافة الى ما حدده «سكوت» (Scott, 1958) من أن الكرب أو الضيق الذاتى محك للمرض العقلى عموما ، فان اضطرابات الوجدان هى محكات أساسية لتشخيص العصاب والاضطرابات الوجدانية والاستجابة الاكتئابية الذهانية •

وعندما يناقش الأطباء النفسيون اضطرابات الوجدان فانهم قد يفرقون بين الانفعالات الأولية والثانوية ، كما يفرقون أيضا بين الاضطرابات النوعية والكمية • ولكن مثل هذه التفريقات متصلة بعلم أسباب الأمراض أكثر من اتصالها اما بخبرة الانفعال أو بمظاهر الانفعال • فقد فرق «فيش» (Fish, 1967) مثلا بين الانفعالات الشاذة اللاسوية والتى عرفها على أنها « استجابات مفرطة من نوع عادى »، والاضطرابات الذهانية أو المرضية فى الانفعال والتى عرفها على أنها «ظواهر تميل الى أن تكون نتيجة لعملية مرضية داخل الجهاز العصبى» • وقد نشأ هذا التفريق من الاستخدام المتزامن لمحكين مستقلين من محكات السلوك الشاذ فى الوقت نفسه ، وهما : المحك الاحصائى

للانفعالات الشاذة ، والمحك المرضى للانفعالات الذهانية . واذا سلمنا بأن هاتين الفئتين جامعتان مانعتان ، أى اذا سلمنا بأن الاستجابات المفرطة ذات النوع العادى لا يمكن أن تكون نتيجة عملية مرضية داخل الجهاز العصبى ، فان مثل هذا التفريق هو ما شاع فى الطب النفسى من تفريق بين الاضطرابات الوظيفية Functional والاضطرابات العضوية Organic ، والذى يعتمد على أسباب مرضية مفترضة .

وانطلاقا من الأهداف الحالية فاننا قد اتخذنا طريقة أكثر وصفية. فأى استجابة انفعالية يمكن اعتبارها شاذة اذا ما تعلقت بأى واحد من الأبعاد الأربعة التالية ، والتى غالبا ما تكون متصلة اتصالا وثيقا : عتبة الاستجابة ، ودوامها ، وشدتها وتلاؤمها ، ان النظر الى الاستجابة بهذا المفهوم يتحاشى أى افتراض غامض عن الأسباب المرضية ، والتى سوف نتعامل معها فى الفصول من ٧ — ١٠ بما تستحقه من تعامل ، وذلك على الرغم من أن الفصل الحالى سوف نختتمه باستعراض موجز للاضطرابات الأكثر شيوعا فى اطار التصور الطبى النفسى ، وفى هذا الاطار سوف نأخذ بعين الاعتبار بعض جوانب الأسباب المرضية .

العتبـــة

ان مفهوم العتبة Threshold والذى أشير اليه أحيانا فى الدراسات القديمة بـــ «الوصيد» Limen ، قد سبق وأن ألمعنا اليه فى الفصل الرابع فى وصفنا للاضطرابات الادراكية . ويستخدم هذا المفهوم بشكل مكثف فى علم النفس التجريبى ، وبخاصة فى السيكوفيزياء ، حيث يشار به الى حد التنبيه أو مستواه الذى يحدث عنده تغير فى الاستجابة . وبالمقارنة الى المعيار فانه من الممكن لعتبة فرد ما أن تكون عالية أو منخفضة .

العتبـــة العاليـــة

يمكن استخدام من يمتلك عتبة عالية فى وصف الفرد البلغمى الذى

لا يبدو مثارا على الاطلاق لأى شيء • ويمكن مشاهدة هذه العتبة فى صورتها الأكثر تطرفا حين تبدو الاستجابة الانفعالية وكأنها غائبة أو مسطحة ، كما أنها عرض مميز للفصام وعصاب الهستيريا (من النوع التحولى) والسيكوباتية •

وفى الهستيريا التحولية قد عد المريض على نحو تقليدى مظهرا لخاصية الافتقار الى القلق أو « اللامبالاة الحلوة » belle indifférence بما يتعلق بالأعراض الجسمية لمرضه • أما فى السيكوباتية فان الوجدان الغائب يتمثل على نحو تمييزى فى الذنب والنــدم ; Cleckley, 1941) Gray & Hutchison, 1964) ، ولكــن غيــاب الحب قد ذكــر كذلك (Craft, 1966) •

أما فى الفصام فقد أشير الى غياب الاستجابة الوجدانية بصفتها « قدرة منخفضة على الاحساس باللذة » Anhedonia فى المواقف التى يكون فيها الاحساس باللذة أمرا طبيعيا (Chapman, Chapman & Raulin, 1976; Shoichet & Oakley, 1978) وقد عدت واحدة من الخصائص الأربع الرئيسة المميزة للفصــام ، أما الثــلاث الأخرى الملازمة لها فهى : زلات الترابط ، والنفور من العــلاقات الشخصية المتبادلة ، والاثنينية أو ثنائية المشاعر (Meehl, 1962) • وعدت هذه القدرة المنخفضة بصورة خاصة عرضا للضيق والأسى ، وشعورا باليأس وخيبة الأمل والفــراغ ، بحيث تقود بعــض المرضى الى الانتحــار . (Lehmann, 1975)

كذلك فقد عدت القدرة المنخفضة على الاحساس باللذة فى مواقفها الطبيعية مختلفة كيفيا عن الاكتئاب ، والانسحاب الانفعالى ، والافتقار الى الدافعية ، فهى ليست مصحوبة بعــلامات الاكتئاب الفيزيولوجية (انظر أدناه) ، وبينما يمكن للعجز عن الاحساس باللذة أن يشــكل الأساس للانسحاب العاطفى والافتقاد الى الدافعية ، فان الافتقار الى الرغبة فى الدخول فى علاقات شخصية متبادلة والافتقار الى الدافعية

مايزال يعـــد خصيصة مميزة موجودة فى تلك الاضـــطرابات الأخرى , (Shoichet & Oakley, 1978)

العتبة المنخفضة

يستدل على انخفاض عتبة الاستجابة الوجدانية بسرعة رد الفعل، ويمكن لهذا النوع من العتبة أن يكون وصفا ينطبق على الأفراد الذين يتصفون بصـــفات مثـــل : «الحساسية» و « القابليـــة للاستثارة » و « الاستجابة الزائدة » ، فهم الأفراد الذين يكشفون عن انفعالاتهم بسهولة شديدة . انها خصيصة مميزة للشخصية السريعـــة الانفعال المفجرة له ، ولكنها ترى بشكل أكثر شيوعا فى الأعراض المخية العضوية والهستيريا حيث تكون مصحوبة بدوام محدود ، فهى توصف على الأرجح بالتغير وعدم الاستقرار .

الـــدوام Duration

يميل كل من القابلية للتكيف للأوضاع والمواقف المتغيرة وظاهرة التعويد أو الاعتياد (Sharpless & Jasper, 1956) الى ضمان دوام أو بقاء محدود لانحرافات الفرد الرئيسة عن الحالة الانفعالية السوية أو المزاج المألوف . والبقاء الطويل الممتد هو بالتالى شذوذ ، فبينما قد يعد الاكتئاب الشديد الذى يعقب موت قريب حميم أمرا عاديا مألوفا فان الشخص الذى يظل مكتئبا لمدة عام بعد هذا الموت قد يكون فى حاجة الى تشجيعه على أن ينشد علاجا طبيا نفسيا لحالته . وعلى العكس من ذلك فان من تبدو انفعالاته عابرة مؤقتة الى حد كبير بالمقارنة الى المعيار العادى قد يعد كذلك شخصا شاذا . فاذا حدث ذلك بصـــفة متكررة ، وشوهدت تلك الحالة فى اطار من المزاج السائد الغالب للفرد فان مزاجه سوف يبدو قابلا للتغير والتبدل ، متسما بعدم الاستقرار ، وسيوصف بالتالى بأنه غير مستقر .

عدم الاستقرار الانفعالى

يعد عدم استقرار Lability الوجدان عرضا مميزا للهستيريا ، كما عده الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى للمرض العقلى DSM-II تشخيصا لزملة الأعراض المخية العضوية .

كما عين هذا الدليل مجموعة مكونة من خمسة أعراض باعتبارها سمة مميزة للاصابة الانتشارية للمخ Diffuse brain damage ، وتتمثل هذه الخمسة فى معوقات تعوق كلا من الذكاء ، والحكم ، والذاكرة ، والتوجه (الوعى بالموقف زمانيا ومكانيا واجتماعيا) بالاضافة الى عدم استقرار الوجدان وضحالته . ويعزى هذان الأخيران الى التغيرات السهلة — والتى لا يمكن التنبؤ بها أحيانا — فى مزاج المرضى باصابة عضوية فى المخ ، بالاضافة الى الافتراض الضمنى القاضى بأن ذلك يعكس الافتقار الى التحكم والانضباط والذى يتحدد على أساس عضوى . وعلى حين يبدو واضحا فى كل الأمزجة فانه يرتبط بصورة خاصة بانخفاض فى القدرة على تحمل الاحباط ، والاندفاعات العدوانية .

وغالبا ما يوصف عدم استقرار الوجدان المرتبط بتشخيص الهستيريا — وبخاصة الشخصية الهستيرية — بعدم الثبات (American Psychiatric Association, 1968, 1974) ، ويفتقر الفرد الذى يعانى من عدم استقرار الوجدان الى الصدق والأصالة (American Psychiatric Association, 1980) وعلى العكس من الافتقار الى التحكم والانضباط الذى يفترض فيه أن يكون أساس عدم استقرار الوجدان فى زملة الأعراض المخية العضوية فان عدم استقرار الوجدان فى الهستيريا يعد خاضعا للضبط والتحكم الى حد بعيد .

وقد ذكر «جولا» (Golla, 1921, P. 377) أن « معرفتنا بالهستيريا يمكن تلخيصها فى القول المشهور عن «بابينسكى» : « بين الهستيريا والخداع لا يوجد الا اختلاف واحد فى الرتبة أو الدرجة الأخلاقية » .

وقد تابع «جولا» (Ibid) حديثه قائلا :

« ومن يلاحظ الأعراض المتزامنة للهستيريا فانه يتولد لديه انطباع عام معين عما يمكن أن يدعى بالتمثيل المسرحى — برغم أنه من الجائز للمريض الذى يخشى مواجهة الجمهور أن يستحق مثل هذه المقارنة ... مثل هؤلاء المرضى قد يقفزون من مكانهم فجأة أو يرتعدون عند سماعهم ضجيجا عاليا ، أو عند استثارتهم بمنبه مؤلم ، فى حين قد يتزحزح الفرد العادى من مكانه بصعوبة ، ولكن الاستجابة الجلفانية اما أن تكون غائبة أو أقل من وضعها العادى ... فلدينا فى هذه الملاحظات — كما أعتقد — المفتاح الى السلوك الهستيرى . انه أمر تقليدى محض قائم على المحاكاة والتقليد » .

فوصف الوجدان بعدم الاستقرار انما هو وصف له بالمقارنة الى وجدان الآخرين من الناس على بعد قابل للقياس بسهولة ، ألا وهو مدة دوامه أو بقائه . ولكن وصفه بالضحالة والسطحية يعنى الخروج باستنتاج يتعلق ببعد « عمق الانفعال » ، وهو أمر صعب القياس ، كما أنه غير محدد تحديدا واضحا . وفضلا عن ذلك ، فان الضحالة اذا حدثت فى الاطار ذاته الذى يحدث فيه «التضخيم» و «التكلف» و « الافتقار الى الصدق والأصالة » فانها تتضمن اظهارا لانفعال سلوكى فى جوهره وأساسه ، مع الافتراض بأن الانفعال — الانفعال الصادق الأصيل — انما هو خبرة ذاتية أو استجابة فيزيولوجية أو كلاهما معا . وفى ذلك تجاهل لما لاحظه «ريخمان» (Rachman, 1978, p. 24) من أن الانفعال « كل مركب من أنظمة استجابية مقترنة معا على نحو غير تام » .

فالضحالة ، والتضخيم ، والافتقار الى الصدق والأصالة حينما تطبق على الوجدان فانها تعد تقييما مقنعا (مستترا) يستخدم وصفا للانفعال .

وعندما نتفحص تاريخ مفهوم الهستيريا فان هذه الفكرة تبدو أكثر وضوحا ٠

وقد قام «كليست» (Kleist, C. 1920) بتصنيف المصابين بالهستيريا المصابين بانحراف جنسى بصفتهم أنواعا لما سماه بـ « الشواذ بدنيا ونفسيا » ٠ كما استخدم « فون باير » (Von Baeyer; 1935) «وكليكلى» (Cleckley, 1941) مصطلح « السيكوباتى الهستيرى » ، كذلك استخدم « بيرنجتون ، ليديل ، فولدز » (Berrington, Liddell & Foulds, 1956) مصطلح « الشخصية السيكوباتية الهستيرية » فى شرحهم لحالة الشرود ٠ أما « ماير جروس ، وسلاتر ، روث » (Mayer-Gross, Slater & Roth, 1960) فقد استخدموا مصطلحات « الهستيرى غير المستقر » (ص ١١٠) و « الهستيرى المحتال المحب للتبجح والذى لا يمكن الوثوق به » (ص ١١٣) و « الهستيرى الخادع » (ص ١٣٦) كما تحدثوا عن الصفة الهذائية والتى نجدها غالبا فى من لديهم استعداد هستيرى (ص ١٣٦) ٠

وقد سبقت الاشارة فى الفصل الأول الى أن تشخيص المرض العقلى هو حكم نابع من قيمة اجتماعية ، ولايبدو ذلك واضحا فى أى مكان أكثر من وضوحه فى تشخيص الهذاء والهستيريا والشخصية السيكوباتية ٠ وانه لما يلفت النظر أن نلاحظ الطريقة التى وردت بها هذه المصطلحات التشخيصية الثلاثة جميعا فى الفقرة السابقة ، وهى مصطلحات متميزة واضحة من الناحية النظرية ٠

الشــــدة . Intensity

تمر بكل منا أوقات يشعر فيها بأنه واهن مكتئب أو مبتهج سعيد، وبرغم تأثير هذه الانفعالات فى سلوكنا الا أنها لا تسودنا أو تهيمن علينا ٠ فلكى نثير فى الفرد العادى انفعالا قويا بدرجة تسود سلوكه وتسيطر عليه لابد من مروره بظرف غير عادى ٠ ويتم استنتاج وجود

المرض وأسبابه المؤدية اليه حين يحدث انفعال عنيف بصورة غير عادية استجابة لوضع عادى واضح • وقد تكون الشدة هى أكثر المحكات المفردة أهمية لحدوث الاضطراب الوجدانى ، فمن الممكن تحمل الدوام أو البقاء وعدم الاستقرار بالنسبة للانفعال اذا كانت الشـــدة غـــير مرتفعة •

التـــــلاؤم

يمكن اعتبار غيـــاب الاستجابة الانفعالية فى موقف يســـتدعى حضورها بشكل عادى بمثابة طريقة واحدة من طرق الاستجابة غـــير الملائمة لذلك الموقف • ومع ذلك فانه لأمر عادى أن نتحدث عن الانفعال غير الملائم فى حالة واحدة فقط وهى وجود استجابة فعلية غير ملائمة • ان اظهار انفعال غير ملائم هو تصوير «كاريكاتورى» مغالى فيه ، ويعد شائعا فى المرض العقلى عموما ، ولكنه عرض رئيس دال على الفصام الهيبيفرينى •

انفعالات ذات أهمية فى الطب النفسى

هناك عديد من الانفعالات والحالات الوجدانية التى نواجهها غالبا فى المواقف الطبية النفسية ، منها : الدونية ، وعدم الأمان والاستقرار ، وعدم الكفاءة ، والعنة أو العجز الجنسى ، والقـــلق ، والاكتئاب ، والعدوان •

ان مشاعر الدونية وعدم الأمان والاستقرار ••• الخ والقـــلق والاكتئاب مرتبطة على نحو نموذجى بالأسى أو الكرب والضيق الذاتى واحالة الذات للعلاج الطبى النفسى • أما العداء فانه يؤدى بالآخرين على الأرجح الى الأسى والحزن ، كما يؤدى بهم الى احالة المريض للعلاج ، وبخاصة عن طريق من لهم أهمية خاصة فى بيئة المريض •

أما بالنسبة لحدة المشاعر الجنسية وقوتها على نحو شاذ فلم تنل

من الباحثين اهتماما يتعدى المرور بها بشكل عابر فى كتب أخرى غير تلك المهتمة بالتحليل النفسى • فاذا أخذت بعين الاعتبار كما هو الاتجاه السائد فى الممارسة الطبية النفسية ، فان تركيز الاهتمام ينصب على السلوك المصاحب لتلك المشاعر أو على الافتقار الى هذا السلوك ، كما يشار اليه على أنه شبق أو شراهة جنسية Satyriasis مفرطة لدى الرجل ، أو غلمة Nymphomania وشبق شديد لدى المرأة وهوس جنسى لديها ، أو على أنه عنة impotence وعجز جنسى ، أو برود جنسى frigidity • ويشار بالشيوعية الجنسية Promiscuity الى تكرار التصريف الجنسى لا الى حدته وقوته ، كما ينظر اليها على أنها تتطلب تفسيرا وتفصيلا أكثر تعقيدا وتركيبا عن كونها رغبة أو شعورا قويا •

الدونية وعدم الأمان وعدم التلاؤم والعنة

يقوم علماء النفس الاكلينيكيون والأطباء النفسيون من حين الى آخر بالاشارة الى مشاعر الدونية والشعور بالنقص ، ومشاعر عدم الأمان أو الاستقرار ، ومشاعر عدم التلاؤم ، ومشاعر العجز الجنسى ••• الخ ، وتعد كلها مشاعر شائعة ومصاحبة للمرض العقلى • كما تعد فى بعض الأحيان مصطلحات مترادفة (Mosak & Dreikurs, 1973) وتختلط فى أحيان أخرى بالقلق مثل « الشعور القلق بالدونية » (White & Watt, 1973, p. 32) ، أو بالذنب • ويعد هذا الاختلاط أحد الأشكال المختلفة للشعور بالدونية (Adler, 1926 ; Bruck, 1950) • وقد عد الشعور بالدونية أمرا عاديا (Mosak & Dreikurs, 1973) بينما عد كل من الشعور بالذنب والشعور بالدونية محطا بشكل حاد لتقدير الذات لدى الفرد العصابى المكتئب (Buss, 1966, p. 85) . وكلها مرتبطة ارتباطا وثيقا بمفهوم «الذات» ، كما تمثل اهتماما رئيسا لكثير من أنواع العلاج النفسى (انظر الفصلين العاشر والثالث عشر)• ومع ذلك فان هذه المشاعر لم يتم تعريفها أو حتى وصفها الا فى القليل النادر •

على أنه من المحتمل ألا يكون الاحساس بالدونية ، وعدم الأمان والاطمئنان ، وعدم التلاؤم ، بالاضافة الى العجز أو العنة مشاعر بالمعنى الدقيق لهذا المصطلح ، بل هى جوانب معرفية • ويتمثل العنصر المعرفى منها فى ادراك المرء وتقييمه لقدرته على التعامل مع البيئة التى يعيش فيها • أما العنصر الانفعالى فيتمثل فى القلق أو الخوف نظرا لوجود علاقة بين القدرة على التحكم فى نتائج حدث ما أو التنبؤ بها وهذا الانفعال (Rachman, 1978) • وأى تعديلات أو تحويلات فى الخوف يتم تسهيل حدوثها واجرائها من خلال ما يحدث من تغيرات فى « الفعالية الذاتية كما يدركها الفرد ذاته » (Bandura, 1977) •

وقد ينسجم ذلك مع نظرية « سيليجمان » (Seligman, 1975) عن العجز المتعلم Learned helplessness ، والقائلة بأن توقع تعذر الضبط أو التحكم « يفضى الى الخوف مادام الفرد غير واثق من تعذر التحكم فى النتيجة النهائية » ، مما قد يؤدى بدوره الى الاكتئاب • وتؤكد هذه النظرية كذلك أن احساس الفرد بقدرته أو عجزه عن التحكم فى الموقف يعد عاملا محددا للخوف ، وهو أكثر أهمية من الأرجحية الموضوعية لتوكيده لمثل هذا التحكم أو فشله فى توكيده •

وطبقا لنظرية «سيلجمان» : « العجز المتعلم » فان الشعور بالقلق استجابة للتقييم الادراكى للبيئة ينتج عنه وجهة أو «ميل» عقلى معين (Gibson, 1941) أو اتجاه • وفى الواقع فان بعض المراجع الأقدم (مثل «شافر» : Shaffer, 1936) أشارت فى الحقيقة الى اتجاه الدونية مفضلة ذلك على الشعور بالدونية •

القلق

القلق Anxiety مفهوم رئيس فى علم النفس المرضى والطب النفسى ، انه العرض الرئيس الدال على الاضطراب العصابى ، وهو أحد المفاهيم الأساسية فى التحليل النفسى كما وضعه «فرويد» (انظر

الفصل العاشر) . وهو كذلك متغير أساسى فى كثـير من البحـوث والدراسات التى أجريت من قبل علماء النفس التجريبى واصحاب نظريات التعلم . ومع ذلك فان التراث السيكولوجى زاخر بمجموعة كبـيرة من المصطلحات المتعلقة بالقـلق ، حيث نجد بعـض المؤلفين يستخدمون مصطلحات مختلفة للاشارة الى المفهوم الأساسى للقـلق ذاته ، بينما نجد بعضا آخر منهم يستخدمون مصطلحا وحيدا ــ وغالبا ما يتم ذلك فى المقالة الواحدة ذاتها ــ للاشارة الى عدد من المفاهيم المختلفة (Akutagawa, 1968) .

والقلق بصفته خبرة ذاتية يتميز «بمشاعر» الخوف من شر مرتقب، والشك ، والعجز ، والتى لا تتعلق بخطر خارجى حقيقى ــ بالاضافة الى الوعى الذاتى بعديد من التغيرات الفيزيولوجية . وتتضمن هذه التغيرات توترا متزايدا فى العضلات الخاصة بالهيكل العظمى (كالتيبس أو التصلب ، والارتعاشات والوهن ، وتقلب الصوت وعدم استقراره ... الخ) ، كما تتضمن تغيرات فى الجهاز القلبى الوعائى (مثل خفقان القلب بسرعة وقوة ، واحمرار الوجه خجلا وتدفق الدم فى الوجه أو شحوب غير طبيعى فيه ، ونبض سريع ، وتزايد ضغط الدم ... الخ)، فضلا عن نشاط الجهاز المعدى المعوى (غثيان ، تقيؤ ، اسهال ... الخ). ومن الجائز أن تكون هناك علامات أخرى مثل البرودة ، والأطراف النـدية المبتلة والتنفس السريع أو غير المنتظم ، والتبـول المتكرر ، واضطرابات النوم . وعلى المستوى السلوكى العلنى نجد سلوك التجنب والتحاشى ، خصيصة مميزة للقلق .

وقد تم التوصل من تحليل القلق الى ثلاثة فوارق بين القـلق والخوف ، وبين القلق الظاهر والكامن ، ثم بين القلق الواعى وغير الواعى .

القلق فى مقابل الخوف

طبقا لتعريف القلق ، وطبقا كذلك لأى اختلاف يمكن ملاحظته فى الاستجابة فان القلق يعد حالة وجدانية من الخشية وترقب الشر بحيث لا ترتبط بموقف أو موضوع بيئى معين • فاذا ارتبط بواحد من هذين (الموضوع أو الموقف) فانه يسمى «خوف» **Fear** • والفارق الجوهرى بين حالة القلق والخوف هو أن الشعور بالخشية وترقب الشر فى حالة القلق هو شعور عام هائم طليق ، كما يمكث مع الفرد فى كل الأوضاع والمواقف ، بينما تتركز الخشية فى حالة الخوف حول موضوع أو موقف معين ، فاذا ما أزيل كل منهما فان تلك الحالة تخمد وتنتهى •

المخاوف المرضية

يمكن ايجاد فارق ثانوى بين الخوف **Fear** والرهاب **Phobia** اذ تتضمن المخاوف بشكل أساسى اعتقادا منطقيا وفكـريا بالطبيعة الخطرة لمواقف وموضوعات معينة • أما الرهاب أو المخاوف المرضية فهى خوف غير منطقى بالمرة •

ونظرا لأنه من الممكن لأى موقف أو موضوع ، أن يصبح بؤرة الرهاب ومركزه ، فان مزاولة تصنيف أنواع الرهاب طبقا للأوضاع أو الأشياء المخوف منها ، ومنح كل منها اسما اغريقيا خاصا لم يعد أمرا مفيدا ، لأنه سيتحتم على المرء حينئذ أن يضيف الى قائمة التصنيف عددا لا نهاية له من الأسماء ، (اشتق مصطلح «الفوبيا» من الكلمة الاغريقية فوبوز **Phobos** ، والتى تعنى الهروب ، أو الرهبة ، أو الذعر والهلع ، أو الخوف) • من ناحية ثانية ، بينما تضمن الدليـل التشخيصى والاحصائى الثانى **DSM-II** فئـة تشخيصية وحيدة لكل أنواع الرهاب ــ وهى (٣٠٠ر٢) : العصاب الرهابى (الفوبى) ــ فان الدليل التشخيصى الثالث **DSM-III** قد تضمن أربع فئات : رهاب الخلاء مع نوبات رعب ، رهاب الخلاء دون نوبات رعب ، الرهاب

(الفوبيا) الاجتماعى ، والرهاب البسيط . وقد تضمن التصنيف الدولى التاسع للأمراض ICD-9 هذه الأنواع الأربعة ذاتها مع اضافة « الرهاب — دون تحديد » ليصبح مجموع ما تضمنه خمسة .

القلق الظاهر فى مقابل القلق الكامن

يقصد بالقلق الظاهر Manifest بصورة أساسية وجود علامات فيزيولوجية مميزة ، مع وجود سلوك التجنب والتفادى أو بدونه ، ومع ما هو مفهوم ضمنا من وجود الخبرة الذاتية كذلك . انه القلق الذى يمكن للآخرين ادراكه . أما القلق الخفى الكامن Latent فهو مفهوم مشتق من نظرية التحليل النفسى . وقد فسر تفسيرا حرفيا ليعنى « القلق غير الفعال أو غير القائم بالفعل » . ولكنه اذا قوبل بالقلق الظاهر فانه يحمل دلالات القلق ، أى أنه عملى وقائم بالفعل ولكنه غير مشاهد أو مرئى .

فاذا كان القلق استجابة فان ذلك يمثل تناقضا بين المصطلحات اذا قلنا : انه يكون موجودا ولكنه ليس فعالا أو قائما بالفعل . ويمكن التغلب على هذا التناقض بطريقتين : اما بالاشارة لا الى استجابة القلق بل الى الميل أو النزوع الى الاستجابة بقلق (Akutagawa, 1968) أو بافتراض قوة كفية كابحة ، موجودة كذلك ، بحيث يتم من خلالها القضاء على تأثير الاندفاع الى الاستجابة .

ان تصور مفهوم القلق الكامن بصفته نزوعا الى الاستجابة وقابلية لها يعد بسطا لتعريف القلق والذى يشبه ما قام به أطباء النفس الاجتماعيون من بسط وتوسيع لتعريف المرض العقلى (انظر الفصل الثالث عشر) . من ناحية أخرى هناك فارق مهم بين الاستجابة وكون الشخص من النوع المرجح أن يستجيب ، وان تصور هذا النوع الأخير كشخص ذى استجابة كامنة يخفى هذا الفارق ويطمسه .

ان التسليم بوجود قوة كابحة هو خصيصة مميزة لما سبق وأن أشار اليه «مادى» (Maddi, 1968) بـ « نمـوذج الصـراع » في الشخصية ، كما يعـد خصيصة مميزة لأسـلوب «فرويد» والمحللين النفسيين في وضع نظرياتهم (انظر الفصل العاشر) ، فالتأكيد هنا أكثر على الفرد .

فان كان القلق انفعالا فانه من المستحيل بالنسبة له أن يكون فعالا وقائما بالفعل ، ولا يمكن أن يرى أو يجرب ويعانى بطريقة ما . فاذا قبلنا المفهوم الذى تصوره «ريخمان» (Rachman, 1978, p. 24) للانفعال بصفته « كلا مركبا من أنظمة استجابية مقترنة على نحو غير تام ، فانه من الممكن أن يكون لدينا شخص يتصرف وكأنه شخصان قلقان ، ولا يشعران بالقلق أو يظهران أيا من العلامات الفيزيولوجية العادية الدالة عليه . ولكن اذا حدث ذلك فان تصور القلق وفهمـه بصفته قلقا غير واع (لاشعورى) هو أمر أكثر شيوعا .

القلق الواعى فى مقابل القلق غير الواعى

يصف الاكلينيكيون القلق غالبا بأنه «واع» أو « غير واع » . ويتركز اهتمام واضعى هذين المصطلحين فى الجانب الذاتى من ظاهرة القلق (Akutagawa, 1968) .

ويترادف «الوعى» Consciousness فى معناه مع القدرة على التعبير عن الشىء ووصفه بالألفاظ ability to verbalize ، وبناء عليه فان « القلق الواعى » يشير الى شواهد الاستجابة التى يمكن تقريرها وروايتها لفظيا ، على حين يشير « القلق غير الواعى » الى الاستجابات الفيزيولوجية أو السلوكية (أحدهما أو كليهما) المميزة له فى غياب التقرير الذاتى : فبينما يؤكد الفرد عدم شعوره بالقلق الا أنه يبدو أو يتصرف كما لو كان قلقا . ولذلك يستنتج من يلاحظه وجود القلق

الذى يشار اليه حينئذ على أنه « قلق غير واع » نتيجة لافتقار المريض الى الوعى به ٠

دفاعات ضد القلق

على حين يوجد تشخيص معين لاضطراب القلق (عصاب القلق) فان القلق هو العرض المميز الملازم للعصاب عموما بالاضافة الى كثير من الأعراض الأخرى المميزة له ، والتى توصف عادة بأنها سلوكيات شاذة محددة مثل : اللوازم **Tics** أو الخلجات التى تبدو فى صورة حركات تشنجية مفاجئة فى الوجه أو عضلات الرأس ، والوساوس التى تبدو فى صورة مجموعة من الأفكار التى تتسلط على المريض وتقلق شعوره قسرا عن ارادته، والقوى القهرية **Compulsions** الداخليةالتى لا يمكن مقاومتها ٠٠٠ الخ ، وتعد هذه الأعراض وغيرها دفاعات ضد القلق ٠

والقلق محدد رئيس للسلوك ، وهو يرتبط ارتباطا وثيقا بالألم **Pain** ، والذى عرف بأنه « مساعد نفسى للفعل المنعكس الوقائى الملح » **(Sherrington, 1900)** ، ويعد القلق كذلك خبرة منفرة بشكل فطرى ٠

والقلق ــ شأنه فى ذلك شأن الألم وانفعال الخوف المرافق له ــ يمكن التخفيف منه والعمل على اضعافه بالتحرك بعيدا عن مصدره البيئى ٠ وانه لما يؤسف له ــ كما سبق أن ذكرنا ــ أن القلق ــ طبقا لتعريفه ــ ليس له مصدر فى البيئة بحيث يمكن التعرف اليه بسهولة ، وحتى اذا وجد هذا المصدر فان هناك من الضغوط الاجتماعية ما لا يعد ولا يحصى مما يمكنه أن يقف حائلا دون اتخاذ اجراء مباشر نحو الابتعاد عنه ٠

ومن بين الطرق التى يسلكها الناس فى محاولتهم التعامل مع

القلق : التبرير ، حيث يحاولون ايجاد سبب مقبول يؤدى اليه ، كما يحاولون التخلص من مشاعر القلق عن طريق تعاطى الكحوليات أو العقاقير المهدئة ، أو بصرف أذهانهم عنه بالانهماك فى العمل ، أو ممارسة الجنس ، أو أى نشاط آخر ، بالاضافة الى انكاره وتكذيبه .

وقد تعرض «فرويد» والمحللون النفسيون بالتفصيل لطرق التعامل مع القلق ، حيث قاموا بالتعرف الى عشرة ميكانيزمات أو حيل دفاعية ، تستخدم فى التعامل مع القلق وغيره من الانفعالات الأخرى المؤلمة (انظر الفصل العاشر) .

الاكتئاب

استخدم هذا المصطلح لوصف خبرة ذاتية وجدانية ، تسمى حالة مزاجية أو انفعالا ، والتى قد تكون عرضا دالا على اضطراب جسمى أو عقلى أو اجتماعى ، وزملة مركبة من أعراض معرفية ونزوعية (ارادية) وسلوكية وفيزيولوجية بالاضافة الى الخبرة الوجدانية ، وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا ، وبخاصة فى الطب النفسى ، كما أن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر فى نطاق أبعد من انتشار مفهوم المرض ليصبح « اضطرابا وظيفيا فى الشخصية » . (Becker, 1974, p. 9)

أنواع المرض الاكتئابى

تضمن تراث الطب النفسى عددا من تصنيفات الاكتئاب المتفرعة ثنائيا مثل : سوى مقابل شاذ ، وأولى مقابل ثانوى ، وخارجى أو تفاعلى مقابل داخلى ، وعصابى مقابل ذهانى ، وأحادى القطب مقابل ثنائى القطب ، وهائج مقابل متأخر أو بطىء . وعلى الرغم من أن تلك التقسيمات الثنائية كانت قد استمدت من ملاحظات تمت خلال الممارسة الاكلينيكية ، الا أنها نالت مساندة من قبل التحليل العاملى (بوصفه

منهجا رياضيا احصائيا)
(Hamilton & White, 1959 ; Kiloh & Garside, 1963 ; Rosenthal & Gudeman, 1967 ; Mendels & Cochrane, 1968).

وقد حدد الدليل التشخيصي والاحصائى الثانى DSM-II الصادر عن الرابطة الطبية النفسية الأمريكية أربع مجموعات رئيسة للمرض الاكتئابى ، ثلاث منها اضطرابات ذهانية ، والأخير يتعلق بالعصاب • وهذه الأربعة هى : السواد الارتدادى ، ومرض الهوس الاكتئابى ، والاستجابة الاكتئابية الذهانية ، والاكتئاب العصابى • ويمثل هذا التقسيم توليفة مكونة من اثنين من التصنيفات الثنائية ، مع التأكيد على أسباب القصور المعرفى وشدته •

جدول (٥ ــ ١) : أنواع الاكتئاب

أسباب المرض		القصور المعرفى	
		ذهانى	عصابى
	داخلية	مرض الهوس الاكتئابى السواد الارتدادى	
	استجابية	الاستجابة الاكتئابية الذهانية	العصاب الاكتئابى

مرض الهوس الاكتئابى

يعرف مرض الهوس الاكتئابى من حيث سيره Course أو تقدمه، أو التاريخ الطبى للمريض به ، اذ يرى المختصون أن المريض به يواجه حدوثه أول مرة حين يكون فى العشرينيات أو السنوات المبكرة من الثلاثينيات من عمره ، وتتكون الأعراض الاكتئابية من شعور منتشر بالكسل أو الجمود والقصور الذاتى ، وأفكار توهمية خادعة عن الذنب والاثم ، بالاضافة الى ادانة الذات ، وبطء عام فى التفكير والحركة ، ولكن خصائصه المميزة تكمن فى طبيعته المتكررة المعاودة Recurrent

وانعدام الحدث الواضح المعجل بحدوثه • ويعتقد «كريبلين» أن مرض الهوس الاكتئابى مكتسب بشكل أساسى ، وذلك على العكس من الاكتئاب الذى يحدث فى أواسط العمر حين يحدث نتيجة لضغط أو انعصاب خارجى •

السـواد الارتـدادى Involutional Melancholia

يحدد هذا الاضطراب من حيث تعلقه بعمر المريض ، اذ يقع فى فترة التغيرات الارتدادية (وهى ما بين ٤٠ ــ ٥٥ سنة بالنسبة للنساء ، و ٥٠ ــ ٦٥ سنة بالنسبة للرجال) ، كما يتميز بالهم والقلق والاهتياج والأرق الشديد ، كذلك فان مشاعر الذنب ، والانشغالات الجسدية تكون موجودة فى الغالب ، وربما كانت بنسب تضليلية خادعة ، هذا بالاضافة الى تصريحات بادانة الذات والاتجاهات الهدمية العدميـة (الوجود لا معنى له) (APA, 1968 ; Kaplan & Sadock, 1973) •

وليس هناك سبب دقيق معروف لحدوث السواد الارتدادى • ويحدث بشكل تقريبى فى ثلاث نساء مقابل كل رجل ، كما يحدث بنسبة عاليـة بين سـكان المدن وذوى المستويات الاقتصادية الاجتماعيـة المنخفضة ، والأرامل ، والمطلقين ، ومن هم على قدر ضئيل من التعليم (Kaplan & Sadock, 1973) .

ويعزو المختصون هذا النوع من المرض الى تناقص وظيفة الغدد الصماء والغدد التناسلية الذى يحدث فى نهاية طوز التناسل من حياة الفرد ، ولكن الدراسات والبحوث الحديثة ركزت جهدها فى دراسة المضامين النفسية لتلك الفترة ، ودراسة شخصية المريض قبل مرضه •

الاستجابة الاكتئابية الذهانية

يصف هذا التشخيص مزاجا مكتئبا مصحوبا بقدرة ضعيفة على اختبار الواقع ، أو بسوء توافق اجتماعى ذى معدل ذهانى مرتفع ،

ولكنه يفتقر الى السمات المميزة لكل من مرض الهوس الاكتئابى والسواد الارتدادى ، ويعزى هذا النوع الى خبـــرة ما من الخبرات (APA, 1968, 1974)

الاكتئاب العصابى

العصاب الاكتئابى هو استجابة اكتئاب زائدة ذات معدل ذهانى أقل ، ويفتقر الى السمات المميزة لكـــل من مرض الهـــوس الاكتئابى والسواد الارتدادى ، كما يمكن ارجاعه الى صراع داخلى أو الى حدث يمكن التعرف اليه مثل فقدان موضوع محبوب أو ملكية يعزها الفرد ويتعلق بها (APA, 1968) .

أبعاد المرض الاكتئابى

بالاضافة الى الدراسات التحليلية العاملية والتى تؤيد التقسيمات الثنائية لأمراض الاكتئاب ، فقد وجدت دراســـات عديدة (Grinker et al., 1961 ; Friedman et al., 1963 ; Overall; 1963 ; Lorr; Sona & Katz, 1967 ; Kear-Colwell, 1972). توحى بأن هناك على الأقل ثمانية عوامل متضمنة (Richards, 1976) هى :

(أ) القنوط والجزع Despondency : والذى يبدو فى سمات مثل فقدان الذات وتوقيرها ، وشعور المريض بأنه مبغوض مكروه ، وشعوره بالوحدة والعزلة ، وفقدان الثقة بالنفس ، وتثبط ووهن فى العزيمة ، وافتقار الى اللذة والسرور فى المعيشة ، وفراغ واقفار داخلى (اذ يشعر المريض بأنه لم يعد مشاركا فى المجتمع البشرى) ، ومشاعر اليأس والقنوط ، والعجز والابتئاس ، وأخيرا حمل المريض أفكارا انتحارية فى ذهنه .

(ب) الذنب Guilt : مشاعر أو توهمات بالذنب ولوم الذات •

(جـ) الحزن Sadness : بكاء المريض وشعوره بأنه حزين •

(د) الخمول والتبلد Apathy : فقدان الاهتمامات ، وفقدان الطاقة ، وفقدان الدافعية ، بالاضافة الى الكسل والبلادة ، والعجز عن الحصول على الاشباع والرضا من أى شىء •

(هـ) التوتر Tension : قلق البال ، مثار مهتاج ، سريع الغضب والاستثارة ، متردد غير حاسم •

(و) اهتمام جسمى Physical concern : انهماك وانشغال كامل بالصحة وبوظائف الجسم : وشكاوى من آلام متواصلة : ومن ضعف وتعب وارهاق •

(ز) أعراض جسمية Physical symptoms : تناقص فى الوزن ، فقدان للشهية ، نوم قليل ، امساك •

(ح) تأخر وبطء Retardation :تناقص فى النشاط الحركى ، انكباح التفكير وتعطله •

وفى حين تميل العوامل الأربعة الأخيرة منها الى التزامل بشكل شائع مع مجموعة كبيرة من الاضطرابات — سواء فى ذلك البدنية منها أم العقلية — فان الأربعـــة الأولى منها تتطابق مع المشـــاعر المسماة بالاكتئاب • وعلى كل حال فانه ليس من الواضح اذا كانت العوامل الأربعة الأولى مظاهر أو أبعاد مختلفة لاضطراب وحيد وهو الاكتئاب، أو هى أنواع مختلفة للاكتئاب وبالتالى فهى بدائل للمرض الاكتئابى الطبى النفسى ، وهو مرض الاكتئاب الهـــوسى والسواد الارتدادى ••• الخ •

وسواء نظر الى الشكوى من التبلد ، وفقدان الطاقة ، وفقدان الدافعية ، والكسل أو البلادة على أنها بعد من أبعـــاد الاكتئاب أو

خصائص مميزة لنوع من أنواعه ــ سواء أكان هذا أم ذاك ــ فان الاقرار والتسليم بذلك بصفته عنصرا مستقلا يطرح امكانية تشخيصية مثيرة للاهتمام ، وهذا بدوره يعيد الى أذهاننا قضية ثبات التشخيص التى سبق أن ناقشناها فى الفصل الثالث •

على أنه من المحتمل أن يكـون الازدياد فى تشخيص الاكتئاب ــ والذى أعلن خلال الستينيات والسبعينيات من هذا القرن، والذى كان كذلك مقترنا بتناقص فى تشخيص عصاب الوهن **Neurasthenia** ــ ربما لايعكس أى تغير فى معدلات حدوث الاضطرابات ذاتها بقدر ما يعكس من تغير فى المسميات التشخيصية التى خصصت لأعراض التبلد واللامبالاة، والضعف ، والقابلية السهلة للتعب والارهاق : فما كان معتادا تسميته بعصاب الوهن (أو النوراسثينيا) أصبح يسمى الآن بالاكتئاب •

الخلاصـــة

على حين يعد «الاكتئاب» مصطلحا مألوفا بالنسبة لمعظم الناس ، كما يبدون تفهما وجدانيا له فانه يفتقر برغم ذلك الى تعريف دقيق • وقد اتضح للعيان ، أنه مرتبط على نحو وثيق بالبعد التقليدى المعروف « بالسرور /الكدر » ، أما فى الطب النفسى فانه يتم تصوره وادراكه على أنه وحدة مرضية ذات خصائص معرفية ونزوعية وبدنية وسلوكية بالاضافة الى خصيصته كانفعال أو وجدان •

العداء والغضب والكراهية

تتسـم التعاريف المتعلقة بالمفاهيـم العـامة للانفعال والعاطفة بالغموض والبعد عن الدقة والاحكام ، ويبدو هذا الغموض بشكل أكثر وضوحا من خلال مصطلحات مثل : التوكيدية Assertiveness العدوان Aggressiom العـداء Hostility الغضب Anger الكراهيـة Hate • وبرغم وجود ميل الى استخدام العـدوان كمرادف لتلك المصطلحات

كلهـا فانه من الممكن أن نخصص لهـا معان متميزة جليـة بحيث تجعلها دقيقة فى التواصل وتبادل الآراء والأفكار •

فالتوكيد ، والعدوان ، والعداء تشير الى السلوك العلنى الصريح، أو الميول الى السلوك بطريقة معينة مع اختلافها الرئيسى الكامن فى الهدف المتضمن لدى الفرد المتصرف بهذه الطريقة • فالسلوك التوكيدى تعبير قوى عن حقوق الفرد وموهبته وقدرته وأفكاره ، ولا يحمل هذا المصطلح أية دلالات أو معان اضافية تتعلق بانتهاك حقوق الآخرين • من ناحية أخرى فقد عرف العدوان بأنه « استجابة هدفها ايذاء كائن (Dollard et al., 1939;P.11) كما يتضمن « ميولا تهدف الى الايذاء والتدمير » (White & Watt, 1973, p. 151) ، أما مصطلح العداء Hostility فانه يستخدم عادة لوصف العدوان Aggression الذى ينصب على فرد معين أو أكثر • فكلا المصطلحين — العـداء والعدوان — يعكسان استنتاجات عن نية الفرد وقصده الى ايذاء الآخرين •

والغضب Anger — طبقا لاستخدامه بشكل شائع — يشير الى حالة انفعالية ، « فهو حالة استثنائية فيزيولوجية توجد مع تصرفات مقصودة أو متخيلة تبلغ أوجها فى احداث آثار ضارة بشخص آخر (Kaufmann, 1970, p. 12) والحالة الشديدة للغضب هى الكراهية ، وتنصب على شيء معين شأنها فى ذلك شأن العداء • والغضب والكراهية هما عادة النظيران العقليان الواعيان المتممان للعدوان والسلوك العدائى (Young, 1961 ; White & Watt, 1973) • ولكن مرة ثانيـة ، هذه العناصر المختلفة للحالة الانفعالية لا تترابط بشكل ثابت أو تام ، اذ يمكن للشخص أن يكون عدوانيا دون أن يشعر بالغضب ، كما يمكنه أن يشعر بالغضب دون أن يكون عدوانيا (Kaufmann, 1970) .

وقد أظهر علماء النفس اهتماما متفاوتا بتلك الظواهر • فقد قام « فرويد » والمحللون النفسيون (انظر الفصل العاشر) والسلوكيون

(انظر الفصل الثامن ، راجع مثلا : Dollard, et al.. 1939) بالتفكر فى الدوافع والتصرفات العدوانية ، فى حين قام المعالجون السلوكيون مثل وولبى (Wolpe, 1958, 1969; Wolpe & Lazarus;1966) مؤخرا بالتركيز على التوكيدية . كما أظهر الاثنولوجيون (انظر (Lorenz, 1966 وعلماء الاجتماع (مثل Tiger, 1969) اهتماما بالعدوان — وعلى كل حال فقد اهملت دراسة الغضب والكراهية .

خلاصة واستنتاجات

على الرغم من التاريخ الطويل الذى مر به مفهوم « الوجدان Affect » ، وعلى الرغم كذلك من استخدامه بشكل واسع الانتشار بوصفه مفهوما ذاتيا مغايرا للمعرفة والجوانب المعرفية ، فانه لم يكتسب تعريفا دقيقا أو مقبولا فى جميع الأحوال والأمكنة . واتساقا مع روح العصر Zeitgeist صاحب التوجه البيولوجى والذى ساد فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين ، فقد قام « وبليام جيمس » (James, 1890) و « ويليام ماكدوجال » (McDougall, 1908) بربط الوجدان بالفيزيولوجيا والدافعية معا على التوالى . وقد أدى هذا الربط بالاقتران مع التأييد العدوانى «لواطسون» (Watson, 1913, 1914) لمذهب السلوكية الى اهمال العنصر الذاتى من الاستجابات الانفعالية فى النظريات السيكولوجية .

وقد أظهر الاتجاه الشائع فى الممارسات الطبية النفسية اهمالا مشابها ، فالطب النفسى تخصص طبى مرتبط بشكل وثيق مع علم الأعصاب ، وقد كان له تأكيده التقليدى على الأمراض وأنواع العلل والأسقام . وعلى الرغم من تقديم «فرويد» والمحللين النفسيين لوجهة نظر ذات اهتمام عقلى قوى الا أنهم قد أقروا نموذجا للعمليات العقلية بحيث اعتمد فى اقراره على المفاهيم البيولوجية والانفعالات المصورة لفظيا كقوى بدلا من أن تكون خبرات (انظر الفصل العاشر) . ولم

يتم ذلك حتى بلغ المذهب الانسانى الكلى مكانة مرموقة فى علم النفس على يد كل من : « ماسلو ، روجرز ، رولوماى » ، وذلك فى مناخ من الفلسفة الوجودية ، حيث تحدد للخبرة الذاتية من المشاعر والانفعالات دور مهم • وانه لما يؤسف له أن هؤلاء العلماء النفسيين على الرغم مما كانوا عليه من قوة فى فهمهم وتعاطفهم الا أنهم ضعفاء فى التحليل والتعريف على نحو يسىء الى سمعتهم وشهرتهم (انظر الفصل العاشر)•

وفى السنوات الأخيرة أصبح العلماء ينظرون الى بعض الانفعالات كالحب والجنس والغضب والكراهية من خلال اطار اجتماعى ، وعلى أنها مشكلة اجتماعية على الأصح لا داخلية نفسية • وبالتالى فقد أصبحت تفهم على أنها مشكلة سلوكية أو نزوعية (ارادية) ، كما أصبحت هى والقلق معا موضوعا اهتم به المعالجون السلوكيون منهم والبيئيون (انظر الفصل الثالث عشر) لا المعالجون النفسيون التقليديون (انظر الفصل الثانى عشر) • أما بالنسبة للاتجاه السائد فى الممارسات العلاجية النفسية ، فقد ظل بيولوجيا ومايزال كذلك فى الواقع ، اذ يستخدم العلاج الكيميائى الذى يعد أكثر طرق العلاج شيوعا فى معالجة جميع الاضطرابات الوجدانيـة الانفعالية ، كما يستخدم العلاج الكهـربى التشنجى ECT مع الاكتئاب (انظر الفصل الحادى عشر) •

الفصل السادس

اضطرابات النزوع والشخصية والخلق

يعد النزوع Conation ثالث ثلاثة مجالات تقليدية فى الدراسات النفسية ، ويهتم بصفة أساسية بالسلوك المكافح أو الهادف الغرضى ، حيث يتضمن موضوعات كالارادة والرغبة والنفوز والدفعة الشعورية. وقد كانت الارادة Will مفهومه الأساسى الذى تركزت الاهتمامات حوله ، ولكن مفهوم الارادة اما أنه قد تم رفضه أو تجاهله فى الاتجاه السائد فى السنوات الأخيرة من علم النفس التجريبى الأكاديمى نظرا لأن الأخير ليس لديه المناهج القادرة على جعل مثل هذا المفهوم موضوعيا (Thorne & Pishkin, 1978) . وتبعــا لذلك فقــد ابتعد عن مفهوم «النزوع» بصفة عامة ، ليحل محله مفهوم «الدافعية» Motivation ودراسة الدافع ، والميل الى الاستجابة ، وقوة العــادة ، واليقظــة ، والانتباه ... الخ .

وبرغم ما حدث من تغير فى علم النفس الأكاديمى فان المفاهيم الأصلية للنزوع داخلة ضمنيا فى كثير من نظريات الطب النفسى ، وفى الفئات التشخيصية . وفى الحقيقة ، يمكن ملاحظة اضــطراب ما من اضطرابات «النزوع» فى كل شكل من أشكال المرض العقلى . كما تمكن مشاهدته فى أبسط صورة اما كرفض عدوانى لطريقة الحياة المقبولة اجتماعيا ، أو كاستسلام سلبى للعجز عن تقبل هذه الطريقة (Zilboorg & Henry, 1941) .

وبالنسبة لمعظم الفلاسفة الغربيين فانهم يؤمنون بالارتباط الوثيق بين مفاهيم النزوع ومفاهيم الوعى أو الشعور والتفكير المنطقى المعقول (Goldfried & Merbaum, 1973) • فهى أكثر المفاهيم خطورة على الأرجح فى علم النفس برمته ، ومع ذلك فمن النادر أن تجدها معرفة • وهى من الخطورة والأهمية الى حد جعل « ويليام جيمس » (James, 1890, vol. 2, p. 486) ينظر الى التعريف الرسمى على أنه عقيم لا طائل تحته :

« فالرغبة والأمنية والارادة حالات عقلية يعرفها كل انسان، ولا يمكن لأى تعريف أن يجعلها أكثر وضوحا وجلاء » •

وحتى اذا لم يكن التعريف ضروريا ، فانه من المسموح به أن نلقى بعض الأضواء على هذه المفاهيم وبخاصة تلك المفاهيم الأساسية المتعلقة بالارادة والدافعية •

الارادة وقوة الارادة

يعتمد مفهوم «الارادة» Will على استنتاج مأخوذ من سلوك قابل للملاحظة ومتعلق بالعوامل المحددة لذلك السلوك • وقد نمى هذا المفهوم بالاقتران مع مفهوم « قوة الارادة » Will-power المرتبط بهدف تفسير استمرار السلوك ومثابرته فى مواجهة الصعوبات • ويشار اليه غالبا بـ «المثابرة» Persistence أو « الدأب والمواظبة » Perseverance فهو شبيه اذن بمفهوم « القصور الذاتى أو المداومة » Perseveration : اذ تشير هذه المصطلحات جميعا الى استمرار السلوك ودوامه • ولكن «المثابرة» و «المواظبة» هما فقط المفهومان اللذان يتضمنان تحكما اراديا أو « قوة الارادة » •

وقد وضع افتراض يقضى بأن الفرد اذا قام بأداء مهمة ما فانه يقوم بها لكى يبلغ هدفا ما ، لا ليؤدى شيئا ما فحسب ، وأن السلوك

الانسانى موجه نحو هدف ما ، وهذا الهدف جلى متميز عن السلوك الذى يحققه • فاذا حدث تغير فى شكل الهدف وموقعه ، ثم تبع ذلك تغير مناسب فى السلوك الذى ينشد تحقيق هذا الهدف فانه يمكن حينئذ الحكم على الفرد المتصرف بأنه «مثابر» أو « مواظب دؤوب » أو « قوى الارادة » ، فالفرق بين هذه المصطلحات الثلاثة يعكس اذن مقدار الجهد المبذول فحسب •

من ناحية أخرى فان «المداومة» تفترض غفلة معينة عن السلوك ، فالسلوك ليس «وسيليا» ، أى ليس له أثر فى انجاز أى هدف بيئى يمكن التعرف اليه ، اذ يميل الى التأثر فقط بالتدخل المباشر فى السلوك ذاته •

وقد عنيت الاختبارات القديمة الخاصة بقوة الارادة (Fernald, 1912 ; Bronner, 1914 ; Downey, 1923) بقياس قدرة الفرد بصفة جوهرية على الاستمرار ببساطة فى أداء مهمة بغيضة أو مرهقة ، ومن هنا لم تقم بالتفريق بين «المثابرة» و «المداومة» •

الدافعيـــة

لا يوجد اجماع بين المختصين فى علم النفس الأكاديمى على تعريف الدافعية Motivation • فقد عرفها «يونج» (Young, 1961, pp. 23-4) بأنهـا « عمليـة تتضمن استحثاث الأداء أو تنبيه الفعل ، وتقـوية النشاط الجارى ، وتنظيم أسـلوب النشاط » • كمـا قدم «بيندرا» (Bindra, 1959) اقتراحا يقضى بأن النشاط فى ذاته هو موضـوع البيولوجيا (علم الأحياء) ، وأن علم النفس يهتم بالتساؤل عن السبب فى قيام الفرد بفعـل شىء ما دون شىء آخر • وقد حدده «ماير» (Maier, 1949) بدرجة أكبر حيث قصره على دراسة السلوك الموجه نحـو هدف من الأهداف • أما التعريفات الأوسـع للدافعية فتشمل

المتغيرات الاجتماعية والبيولوجية بالاضافة الى المتغيرات النفسية ، بينما ركزت التعريفات الأضيق اهتمامها كلية فى مفهومات نزوعية ارادية كالأسباب والأهداف • وتقع مفاهيم الدافعية الاساسية فى الطب النفسى ـ مثل قوة الأنا وارادة الحياة ، وارادة القوة ، والدافعية للتغيير ـ عند نقاط مختلفة من هذه السلسلة •

قــوة الأنــا

ينبــع مفهوم قوة الأنا Ego-strength مبــاشرة من تصنيف «فرويد» للأداء العقلى ، حيث صنفه الى عمليات ثلاث هى : الهو والأنا والأنا الاعلى • وعمليات الأنا معرفية عقلية بصفة أساسية ، ولكنها تتضح فى قدرة الفرد على التفاعل بشكل مناسب (أى بشكل منطقى) مع بيئته الخارجية • فاذا كان سلوك المرء مناسبا فانه يعد ذا قوة أنا جيدة ، فليست هنــاك اهتمامات غير ملائمــة أو مناسبة بالقضايا الأخلاقية ، كما أن دفعاته الانفعالية يتم التحكم فيها جيدا ، بالاضافة الى استجابته للاحباطات والمحن باتزان ورباطة جأش •

ارادة الحيــاة

ان الافتقار الشديد الى قوة الأنا ـ حيث لا يتفاعل المرء بالمرة مع بيئته ـ قد ينظر اليه على أنه افتقار الى الدافعية الى الحياة ، أو ارادة الحياة Will to live .

وحين يواجه الناس وضعا محبطا لهم ، أو أى موقف ملىء بالضغط فانهم يبــدون ضروبا عديدة من السلوك • ومن بين تلك السلوكيات الاستسلام ببساطة ، أو قيامهم بترويض أنفسهم على تقبل أى شىء قد يحدث (انظر الفصل الثامن) • فاذا شكل الموقف الملىء بالضغوط تهديدا للحياة ـ كتلك الظروف التى تواجه عنــد الاقامة فى معسكر اعتقال للأسرى فى وقت الحرب ، أو عند الابتلاء بمرض بدنى معجز

مزمن ــ فانه ينظر الى الاستسلام أو ترويض الذات حينئذ بصفته انعداما للرغبة فى الحياة ، كما يعد عرضا ملازما لمرض الاكتئاب •

ارادة القــوة

من بين الفروق الفلسفية بين « ألفريد أدلر » و « سيجموند فرويد » والتى نجدها فى دراستهما للشخصية ، أن «أدلر» يؤمن بأن العدوان عامل محدد للسلوك أكثر أهميـــة من الجنس • وقد قام فى البداية بتصور هذه الفكرة فيما يتعلق بـــ « ارادة القوة » Will to power ولكنه تحول فيما بعد عن هذا المفهوم ليحل محله مفهوم « الكفاح من أجل التفوق » Striving for superiority والذى كان أكثر شهرة من سابقه (انظر الفصل العاشر) ، ومع ذلك فان كلا المفهومين يركزان على رغبة الفرد وهدفه العام •

الدافع الى التغير

اذا أخفق العلاج النفسى (انظر الفصل الثانى عشر) فى احداث ما يتوقع من تغير نافع فى سلوك المريض فانه يمكن الزعم بأن المريض كان يفتقر الى « الدافعية للتغير » Motivation for change وتستخدم «الدافعية» بهذا المعنى مرادفا لعامل داخلى محدد للسلوك كالرغبة أو الحاجة أو الارادة (Appelbaum, 1972) ، كما أنها اختيارية جدا : ففى الأنشطة والسلوكيات الأخرى يثبت المريض أن لديه قوة ارادة ، ولكنه فى اطار العلاج النفسى لا يملك الارادة لتغيير سلوكه الى الاتجاه المرغوب فيه من الناحية العلاجية •

فالفرق بين هذا المفهوم وافتراض علماء النفس الذين يركزون على الجوانب الذاتية بأن مرضاهم ــ بمقتضى كونهم حيوانات انسانية ــ لديهم القدرة الفطرية التى تمكنهم من ادراك حياتهم وسلوكهم بأقل قدر ممكن من المساعدة الخارجية (انظر الفصل الثانى عشر) ، نقول :

الفرق بين هذين ، هو بصفة جوهرية فرق بين الحتمية النفسية والحتمية البيولوجية .

الانتباه وارادة القوة Attention and Will-power

تتضمن المفاهيم الثلاثة : الأمنية والرغبة والهدف انتباها . ومن وجهة نظر عقلية فانه لابد لهذا الانتباه أن يكون محددا أساسيا للسلوك. والانتباه متضمن فى مفهوم «ماكدوجال» (McDougall, 1908, p. 25) المسمى «مفهوم الغريزة » والذى عده بمثابة العامل الأساسى المحدد للسلوك . وقد عرفه بوصفه :

« ميل بدنى نفسى موروث أو فطرى يحمل صاحبه على ادراك موضوعات من فئة معينة ، وعلى الانتباه اليها ، كما يحمله على أن يعانى اثارة انفعالية من نوع معين عند ادراك هذا الموضـــوع ، وأن يتصرف بطريقـــة معينة فيما يتعـــلق به (بالموضوع) أو يجـــرب على الأقل الدفعـــة الى مثـــل هذا التصرف » .

وقد تصور كل من « ويليام جيمس (James, 1890, pp. 561-2) و «ماكدوجال (McDougall, 1908, p. 209) مفهوم الانتباه بوصفه مظهرا جوهريا «للارادة» :

« يتمثل الانجاز الجوهرى للارادة ــ باختصار ــ فى عناية هذا الانجاز ــ حين يكون أكثر ارادية واختيارا ــ بموضوع صعب بحيث يوليه اهتمامه ، كما يسارع العقل فى الاحتفاظ به وتقييده (James, 1980, p. 562) .
فجهد الانتباه اذن هو مظهر الارادة (James, 1980, p. 562) .

كذلك فان :

« جهد الانتباه هو الصورة الجوهرية للارادة أو الاختيار

كله ، وهذه الصياغة للعملية الارادية — أى الاحتفاظ بفكرة
فى مركز الوعى أو الشعور بوساطة جهد الانتباه — يشمل
كل شاهد من شواهد الاختيار أو الارادة (McDougall,1908,
p. 209)

من ناحية أخرى فان هناك تصورين متقابلين للانتباه هما : الانتباه الاجرائى Operant ، وانتباه المستجيب Respondent (Ullmann & Krasner, 1969) . فالأول عملية نشطة ينظر فيها الى الفرد بوصفه موجها انتباهه اليها (Berlyne, 1951; Santostefano&Stayton, 1967) وهذا هو المفهوم الذى أقره « جيمس ، ماكدوجال » • وهو نزوعى ارادى بكل وضوح • أما انتباه المستجيب فهو أكثر سلبية ، اذ يقوم الفرد باكراه انتباهه على «الانجذاب» أو «الالتفات» الى أشياء أو احداث فى بيئته (White, 1964 ; Easterbrook & Costello, 1970) كما يعد أكثر شبها بعملية عقلية معرفية •

كذلك فان هناك فارقا يمكن ايجاده بين « اتساع breadth الانتباه » و « الانتباه الانتقائى Selective » فالأول مرادف فى معناه لـ « اتساع الادراك » (انظر الفصل الرابع) ، اذ يقصد به المقدار الكلى للمعلومات التى يمكن الانتباه اليها فى أى وقت واحد من الأوقات، وهو شبيه بمفهومى «التيقظ» alertness و «السهر» Wakefullness أما « الانتباه الانتقائى » فيقصد به القدرة على الانتباه لمصدر واحد فقط من مصادر المعلومات العديدة المتاحة معا فى وقت واحد ، ومن الجائز أن يكون اجرائيا أو مستجيبا •

ولقد افترض أن اضطراب الانتباه الانتقائى — أى العجز عن اختيار ما يدخل من معلومات حسية أو ادراكية ، أو العجز عن الانتباه لها وتنظيمها — هو الشذوذ الأساسى فى الفصام :

(Payne, Matussek & George, 1959 ; Welckowicz & Blewitt 1959 ; McGhie & Chapman, 1961 ; Shakow, 1963) .

التركيـــز Concentration

هناك تشابه واضح بين الانتباه الانتقائى والتركيز ، حيث يتضمن كل منهما مفهوم الارادة والمثابرة • والعجز عن التركيز عرض شائع من أعراض القلق (Nemiah, 1974) ويميل الى الارتباط بعجز الارادة أو فقدها ، فى حين يعد الميل الى الاستحواذ على انتباه الفرد وتوجيه قوى تركيزه من قبل الآخرين خصيصة مميزة للايحائية (القابلية للايحاء) •

عجز الارادة أو فقدها Abulia

استخدمت بعض المراجع القديمة ، وكذلك أدلة تعليمات استخدام الاختبارات النفسية ذات الاتجاه التحليلى النفسى — استخدمت — مصطلح عجز الارادة (انظر مثلا : Hutt & Briskin, 1960) ، وهذا المصطلح — شأنه فى ذلك شأن مصطلحى النزوع Conation والارادة Will لم يعد شائع الاستخدام • وبرغم ذلك فقد استخدم لوصف وضع يواجه فيه الفرد صعوبة ضخمة فى تقرير ما يفعله ، وفى الاحتفاظ بقراره والتمسك به •

الايحائيـــة Suggestibility

يقصد بالايحائية ميل الفرد الى التأثر بأفكار الآخرين وتصرفاتهم لا بأفكاره وتصرفاته نفسه • وقد عدت مظهرا سلوكيا للاتكالية والاعتماد على الغير (Wiggins et al., 1971) وترتبـــط بتشخيص الهســـتيريا (McMahon, 1976) ، كما ترتبط بالطرق الفنية للعلاج النفسى والتنويم الايحائى (الفصل الثانى عشر) ونمذجه modelling السلوك المرغوب فيه (الفصل الثالث عشر) •

اضطرابات النزوع (الارادة) كأعراض للمرض العقلى

كما سبق أن أشرنا فانه يمكن ملاحظة أى اضطراب من اضطرابات

النزوع فى كل صورة من صور المرض العقلى اما كرفض عدوانى لطريقة الحياة المقبولة اجتماعيا أو كخضوع واستسلام للعجز عن تقبلها (Zilboorg & Henry, 1941) • ويمكن ادراك الرفض العدوانى وتصوره اما بوصفه عنادا وتصلبا أو بوصفه عجزا عن التحكم فى السلوك الارادى • أما الاستسلام للعجز عن التقبل فيمكن تصوره بوصفه افتقارا للدافعية أو قوة الارادة •

الافتقار الى الدافعية/ارادة القوة

تعرضنا سابقا للحديث عن بعض المفاهيم العامة مثل قوة الأنا وارادة الحياة ••• الخ • وبالاضافة الى تلك المفاهيم العامة فان الافتقار الى الدافعية يعد عرضا أساسيا لاضطرابات معينة فى الشخصية ، وسنتعرض فيما يلى لاضطرابات الوهن (الضعف) العصبى أو النيوراسثينيا والهستيريا ، والفصام الكلى •

الوهن (النهك) العصبى أو النيوراسثينيا Neurasthenia

يقصد بالنيوراسثينيا الضعف أو الوهن العصبى العام ، اذ يعد المريض به غير قادر على تحمل الجهد على نحو مميز (Chrzanowski, 1974) • وقد وصفه «جانيه» (Janet, 1925) بأنه حالة ممتدة من الارهاق والتعب دون أن يكون لها أساس جسمى • كما افترض أن تكون هذه الحالة ناجمة عن اكتئاب ذهانى •

وقد نشأ مفهوم الوهن العصبى (النيوراسثينيا) فى القرن التاسع عشر ، حيث نبعت فكرته أصلا من النموذج الميكانيكى للجهاز العصبى الذى انتشر فى ذلك الوقت موحيا بأن الخلايا العصبية مثل البطاريات ، اذ تتوقف عن العمل أو تصاب بالارهاق والتعب نتيجة لاستخدامها فترة طويلة أو للاسراف فى استخدامها • ويعد الوهن العصبى نذيرا بكل الاضطرابات العقلية الأكثر شدة وقسوة ، أو مظهرا

متسما بأمارات الاضـــطرابات العقلية ومنذرا بهـــا ، وتشـــمل هذه الاضطرابات الصرع والخذل Paresis أو الشلل العام الخفيف •
ويشتمل مفهوم « الانهيار العصبى » حاليا على هذه الدلالات •

وقد قام «فرويد» (Freud, 1895 b) بتقليص التعريف وتضييقه بأن اقترح التفريق بين العصاب النفسى Psychoneurosis والعصـــاب الحقيقى • ويتمثل هذا الأخير فى الوهن العصبى وعصاب القلق وتوهم المرض ، كما افترض «فرويد» أن العصاب الحقيقى ينشأ لا عن اجهاد النفس بالعمل عموما ، بل نتيجة للممارسات الجنسية الشاذة التى تعوق تبدد المواد الكيماوية وتفرقها أو ما يسمى بالسميات toxins .

كذلك فقد افترضت بعض المراجع — (انظر مثلا : ,Gottesfeld) 1979, p. 1 — أن الوهن العصبى لم يعد بعد مرضا يتعرف عليه أو يعالج • ومن المحتمل أن تكون هناك عودة الى الوصف الذى قدمه «جانيه» للوهن العصبى ، وأن تلك الأعراض التى سميت سابقا بالوهن العصبى أو النيوراستينيا يطلق عليها الآن اكتئاب •

الهســـتيريا Hysteria

من بين الأمثلة الزاخرة بالاثارة والمعبرة عن انعدام الارادة لدى المريض عجزه عن تحريك أجزاء من بدنه — الشلل — برغم انعـــدام القصور البدنى أو العصبى • ويعد فقدان القدرة على استخدام الأطراف والأعضاء السليمة صحيا وفيزيولوجيا وعصبيا عرضا تقليديا ملازما للهستيريا التحولية •

الفصـــــام Schizophrenia

كما سبق وأن أشرنا فى الفصل الثانى فان الفصام من الناحيـــة التاريخية يعد — على الأرجح — أكثر أشكال المرض العقلى تمتعا بذكر الباحثين له على مستوى واسع ، كما يتمتع بمعاودة بحثه والكتابة عنه

بشكل متكرر ٠ كذلك فانه على الأرجح أكثر الأمراض العقلية تعريفا وتحديدا ، ولسوء الحظ فان قلة قليلة من تعريفاته تتسم بالانسجام التام مع بعضها بعضا ٠

ومن أعراضه التى تكرر ذكرها الى حد بعيد الهلاوس والتوهمات (أحدهما أو كلاهما) ، وكذلك الانسحاب السلوكى الذى يجعل الفرد أكثر انعزالا عن العالم من كونه ذا تأثير معطل للمجتمع وموقع للفوضى فيه ٠ وقد ذكر هذا الانسحاب بوصفه « ضـــعفا فى ارادة المرضى بالفصام ، وترددا وحيرة من جانبهم » مما يؤدى الى اعاقة تنفيذ كثير من أفكارهم واندفاعاتهم (Mayer-Gross, Slater &Roth; 1960; P.247)
ويبدو هذا الانسحاب أكثر وضوحا فى الفصام التخشبى ٠

ومن أعراض الفصام التخشبى ما ورد ذكره بشكل متكرر من ميل ذراعى المريض ورجليه ووضعه البدنى بشكل عام الى الاستمرار والبقاء فى الوضع الذى وضعت فيه بوساطة شخص آخر — وهو عرض يشار اليه بـ « المرونة أو اللدانة الشمعية » Waxy flexibility ٠ ونظرا لأن هؤلاء المرضى يطيعون الأوامر بصورة آليـــة أو يحاكون سلوك الآخرين ، أى محاكاة الأفعال echopraxia ، ويكررون عباراتهم أى ترديد الألفاظ echolalia بشكل تلقائى ، فانهم قد يميلون الى أن يكونوا أكثر قابلية للايحاء وسهولة التأثر الى حد كبير بأفكار الآخرين٠

ان جمود المصابين بالفصام التخشبى فى أماكنهـــم ، وبقاءهم بلا حركة لفترة طويلة قد لا يعد اشارة دالة على ضعف ارادتهم ، فلقد افترض بعض الباحثين امكانية اعتبار هذا الجمود مقاومة فعالة ونشطة من جانب المريض ، كما لو كان يخشى الوقوع طوعا أو عمدا فى خطأ قد يصل بقلقه المرتفع أصلا الى وضع خطر (McNeil, 1970, p. 100) ٠

فقدان التحكم الارادى Loss of Voluntary Control

لايعد الاخفاق فى التصرف أو اظهار روح المبادرة الطريقة الوحيدة التى يمكن من خلالها الكشف عن الافتقار الى قوة الارادة ، فربما كانت لدى الشخص رغبات أو حوافز أو دفعات قوية جدا مما يحتم المجتمع كبحها وضبطها ، بينما الفرد عاجز عن التحكم فيها • ومن الأمثلة العامة لذلك: التخشب ، والرهاب أو المخاوف المرضية بأنواعها ، والسلوك الوسواسى القهرى ، واللوازم أو الخلجات •

التخشب Catalepsy

يتميز التخشب بانقباضات أو تقلصات لا ارادية ، كما يتسم بثبات واستقرار الوضع الذى تتخذه كل أجزاء الجهاز العضلى فى الجسم أو أى جزء منه • ويعتقد كذلك بأنه يحدث فى الفصام — وبخاصة النوع التخشبى — كما يحدث فى الحالات الشديدة من الهستيريا ، كذلك يمكن مشاهدته فى الحالات المتطرفة من رد الفعل ضد الخطر أو الاستجابة للتنبه (Rosen, Fox & Gregory, 1972 ; Kroger & Fezler, 1976)

حالات الرهاب أو المخاوف الشاذة Phobia

سبق تعريف «الرهاب» فى الفصل الخامس — طبقا للتصنيف الدولى التاسع للأمراض ICD-9 — بوصفه مخاوف شديدة من أشياء أو مواقف قابلة للتعيين والتحديد • ولكن هناك مظهرا آخر للرهاب يمكن ادراكه وتصوره اما بوصفه سلوكا احجاميا (Marks et al., 1975 ; Stern & Cobb, 1978 ; Bootzin, 1980) أو بوصفه « رغبة اكراهية » لتفادى موضوع الخوف أو الموقف المثير له (APA, 1980) • وطبقا لتعريف الرهاب على هذا النحو فهو عجز عن التحكم

فى الاستجابة الانفعالية وفى الاقتراب من شىء ما معروف بأنه لا يؤذى ولا يضر .

السلوك الوسواسى القهرى Obsessive-Compulsive Behaviour

يقصد بهذا النوع من السلوك الانشغال الشعورى المتطرف بفكرة أو مجموعة من الأفكار (الوسوسة) ، والعجز عن الحيلولة دون القيام بأفعال معينة (القهر) وقد يحدث أحدهما أو كلاهما . ويمكن المعاناة من هذا السلوك بوصفه محركا داخليا قويا أو دفعة الى القيام بأفعال تافهة أو لا معنى لها ولا هدف ، بحيث يشعر الفرد أنه لا يملك الا قدرا ضئيلا من التحكم فيها (Lewis, 1935 ; Mayer-Gross, Slater & Roth, 1960 ; Carr; 1974) . ومن ناحيـــة أخرى ، فان السـلوك الوسواسى القهرى بدلا من رفعه لمستوى القلق لدى المريض فانه يقع على نحو عادى عندما يكون المريض فى مستوى عال من القلق مسبقا ، ويميل الى التخفيف منه (Carr, 1970, 1971) .

وكما فعل «كريبلين» قبل «فرويد» ، فقد قام الأخير باستخدام مصـــطلح Zwangsneurose وعد مضمون التفكير — أى الدفعة الى التصرف بدلا من التصرف نفسه — ذا أهمية جوهرية . من ناحية ثانية، فان Zwang قد أصبحت تعنى «الوسواس obsession» فى الترجمات البريطانية ، و « القسر Compulsion » فى الترجمات الأمريكيـــة . أما المؤلفون الذين جاءوا بعد ذلك وانطلقوا فى عملهم على الأرجح من الترجمات بدلا من الرجوع الى اللغة الألمانية الأصلية ، والذين حاولوا الاتصاف بالشمولية واتساع النظرة فقد وضعوا مصطلح « وسواسى — قهرى » . وقد سهل ابتكار ذلك المصطلح التعرف الى جانبين مختلفين للاضطراب : أولهما الوسواس obsession الذى يشير الى محتـوى التفكير ومضمونه ، وثانيهما القهر أو الاكراه compulsion والذى يشير الى السلوك .

ويتضمن السلوك الوسواسى القهرى — على نحو نموذجى — الاتقان Elaboration المتكرر بشكل نمطى طقوسى لطائفة من السلوك اليومى كالذهاب للسرير للنوم ، وغسل اليدين ، وتغيير الملابس ... الخ (Freud, 1895 a) وقد أكد «شنايدار» (Schneider, 1925) على أهمية ادراك المريض لتفاهة سلوكه وخلوه من أى معنى . من ناحية ثانية فقد عد آخرون (Lewis. 1935 ; Mayer-Gross, Slater & Roth, 1960) ادراك المريض لتفاهة سلوكه أمرا ثانويا ، ان ما أكدوا عليه هو المقاومة الداخلية للتفكير أو الفعل ، والتى يقوم القسر بالتغلب عليها وقهرها.

اللـــوازم والخلجــات Tics

اللازمة هى تقلص أو انقباض فى العضلات المخططة Striated muscles ، يأتى بشكل مفاجىء ووجيز ، كما تتميز بعفويته وخلوه بشكل واضح من الهدف ، بالاضافة الى تكرره بصورة الزامية لا ارادية (Ascher, 1974) . وتحدث فى الغالب الأعظم بين عضـــلات الوجه بحيث تبدو فى بربشة العين المتكررة ، وتجعيد الجبهة أو الأنف ، ولوى الفم بعنف ، ولكن تسليك الزور وهز الأكتاف قد يكونان من بين تلك اللـــوازم كذلك (Fish, 1967) ، وقد تشمل اللوازم كل جزء من أجزاء البدن تقريبا فى الحالات المتطرفة (Ascher, 1974) .

ويؤمن بعض الأطباء النفسيين بأن المريض لديه استعداد فطرى الى اتيان اللوازم (Fish, 1967) ، على حين يرى آخرون أن اللوازم تتحدد على أساس سيكولوجى . أما غيرهم (انظر مثلا : Friedreich, 1881 ; Meige & Feindel, 1902, 1907) فيرون أن اللـــوازم هادفة، كما عدوها أفعالا منسقة فى وقت من الأوقات ، بحيث تصبح آلية فى وقت لاحق . وتقع كثـــيرا بالأسلوب ذاته الذى تضمنه مبـــدأ «أولبورت» (Allport, 1937, 1961) « الاستقلال الوظيفى للدوافع » ، مع المبالغة فى شكل اللازمة وشدتها وتكرار حدوثها .

ولابد من تمييز اللوازم عن غيرها من الأعراض المتصلة بالأعصاب مثل التقلصات العضلية اللاارادية Spasms والرعشات tremors والحركات الشبيهة بحركات الخوريا أو الرقاص(*) Chorea ، ولكن هذا التمييز أمر صعب نظرا لأن المريض قد يحاول اخفاء الحركات الشبيهة بحركات «الخوريا» بتحويلها الى حركات ارادية أو اعتيادية : فرعشة الذراع المفاجئة قد يمكن متابعتها بحيث تأخذ اليد الى الرأس لتلمس الشعر وتمهده ، أو لتلاطف الذقن وتمسده ، وقد يستمر المريض فى تدوير رأسه أو رقبته بحيث يحولها الى النظر الى كتفيه ... الخ . (Fish, 1967)

وترتبط تلك اللوازم مع تشخيصات كل من الهستيريا التحولية ؛ وعصاب الوسواس القهرى ، والاضطراب الشديد فى الشخصية الوسواسية القهرية (Abse, 1974 ; Ascher, 1974) . كما تختلف عن التصرفات القهرية بحكم كونها لا ارادية ، وبمقتضى الحقيقة القائلة بأن اللوازم قد تقع دون وعى المريض بها ، بينما الفرد فى التصرفات القهرية يكون عادة واعيا بهـا ، ولكنه عاجـز عن التحكم فيهـا . (Purves-Stewart & Worster-Drought, 1952 ; Bockner, 1959) وكما هو الحال فى الوساوس فان اللوازم ترفض بل تقاوم معظم أشكال العلاج النفسى (Yates, 1970) .

السلوك العدوانى Aggressive behaviour

لقد عرف السلوك العدوانى بأنه سلوك يتضمن الهدف أو القصد الى ايذاء شخص آخر (Dollard et al., 1939 ; White & Watt, 1973) . ان التعبير بـ « الهدف أو القصد » يتضمن العزم والتصميم ـ أى أن الفرد يتصرف لكى يحدث نتيجة معينة ـ وهذا يعد جانبا جوهريا وأساسيا من جوانب تعريف العدوان (Feshback 1964 ; Kaufmann, 1965) . وقد نبتت جذور هذا التعريف فى النظريات التى

(*) اضطراب عصبى يتسم باختلاجات عصبية فى الوجه والأطراف (المراجع) .

وضعها «فرويد» (Freud; 1914; 1920) و «ماكدوجال» (McDougall 1908) .

وطبقا لتعريفه على هذا النحـو فان العدوان متغـير وسـيط Intervening (Kaufmann, 1965) وربما قدم هذا التعريف تصويرا للمشكلة الواقعية المتمثلة فى البرهنة على توافر مثل هذه النية لدى الفرد (Kahn & Kirk, 1968) ، ولكن هذا التعريف يتيح لنا فرصة القيام بايجاد عدد من الفروق النافعة ، وبخاصة الفرق بين السلوك التوكيدى والسلوك العدوانى ، والفرق بين السلوك العدوانى والضرر التصادفى غير المقصود .

فايذاء شخص آخر ـ بالنسبة للأطفال على وجه الخصوص ـ قد لا يكون الهدف الأساسى للسلوك ، ولكنه وسيلة الى غاية أبعد ، ألا وهى الحصول على اهتمام الآخرين ممن لهم أهمية خاصة فى البيئة. فمثل هذا السلوك قد أشير اليه بوصفه « عدوانا وسيليا » Instrumental (Feshback, 1964) .

ان السلوك العدوانى فى حد ذاته لا يعكس فقدانا للتحكم الارادى، بل هو نوع من السلوك الذى يحيطه المجتمع بقيود قاسية ، ولكن هذه القيود يمكن انتهاكها عمدا . فاذا وقع السلوك العدوانى نتيجة لفقدان التحكم والسيطرة فانه ينسب على الأرجح الى ظروف بيئية مساعدة على التلطيف من خطورته ، أو الى أخذ ما يزيل الكف أى ما يسبب الاستثارة كالكحول ، أو الى اضطراب طبى نفسى مفهوم ضمنا كالهوس الخفيف ، أو يوصف ببساطة بأنه فترة عرضية من سـوء التحكم أو الضبط الذاتى .

عدم التحكم العرضى Episodic dyscontrol

ويقصد به تلك التصرفات أو الأفعال المضطربة ، والتى يشار اليها

فى البحوث والدراسات العلمية على أنها « العمل وفقا للدفعة » ، أو « العصـــاب الاندفاعى » أو « الدفعة التى لا يمكن مقاومتهـــا » أو « افراغ الرغبات فى شكل خارجى مجسد » (Monroe, 1974) ، تلك الأفعال التى لا يوجد لها دليل أو برهان من فصام أو اضطراب مرضى يشرحها ويفسرها (Martin, 1977) .

ان بعض من يكشفون عن عدم تحكم عرضى من الراشدين كانوا من ذوى النشاط الزائد وهم أطفال (Morrison & Minkoff, 1975) كذلك فان هذا الاضطراب يرتبط بالخلل الوظيفـــى البسيط فى المخ (Monroe 1970 ; Goldstein, 1974) كما يرتبط بالقيم الأسرية غـــير المتساوقة أو المتضاربة المتقلبة والتى تتعلق بالعدوان (Harbin; 1977 ; Altrocchi, 1980) .

الأمـــوك Amok

وهو أحد الاضطرابات التى ذكرت «بينيديكت» (Benedict, 1934 a) وقوعها فى ثقافات ومجتمعات أخرى (كالملايو) لا فى المجتمعات الغربية • وأول من قام بوصفه «دينيس» Dennys فى عام ١٨٩٤ ، وعلى الرغم من نظرة علماء النفس اليه باعتباره قد حدث فى الأصل فى «ماليزيا» فقط ، فانه قد ورد فيما بعد ما يفيد وقوعه فى «بابوا» و « غينيـــا الجديدة » ويشبه عدم التحكم العرضى فى كثير من الجوانب •

والـــ «أموك» كلمة «ماليزية» تعنى « الانخراط فى معركة بغيظ وغضب » ، وتشير الى سلوك الفرد الذى ينقض مهاجما من حوله على غير توقع ودون تمييز بين شخص وآخر • وخلال فترة من الزمن يقوم الفرد بالانسحاب ببطء من الاتصال بالمجتمع والاحتكاك به ، كما يميل الى الجلوس فى سكينة مطيلا التفكير • وعندئذ — وفجأة — ودون استفزاز واضح يتحول الى فرد عنيف غير طبيعى مندفعا بقوة نحو أى شخص يصادفه فى طريقه (Kline, 1963 ; Westermeyer, 1972) وينتهى الأمر عادة بانتحار الفرد (Westermayer. 1972) أو بقتله على يد واحد من جيرانه المرعوبين (Langness, 1967) .

وتميل الحالات الأكثر عنفا الى الوقوع فى تلك المجتمعات التى تتطلب كبتا أو قمعا واخمادا للعداء (Meth, 1974) ولكنه قد يرتبط مع التشخيصات الاكلينيكية للصرع (Adams, 1950-2) والفصام (Zaquirre, 1957) والشخصية المنفصمة (Arieti & Meth, 1959) بالاضافة الى الهستيريا (Van Loon, 1928 ; Langness, 1967) .

النشـاط الزائـد Hyperactivity

يعرف النشاط الزائد لا من حيث تعلقه بمستوى متزايد من النشاط فحسب ، بل من حيث تعلقـه كذلك بالموقف الذى يحـدث فيه ذلك النشاط ـ أى من حيث تلاؤمه الاجتماعى (Schulman et al, 1965) وهو شذوذ سلوكى شائع فى الطفولة (Chess, 1960 ; Patterson et al., 1965) ، وقد ارتبط كذلك «بتشخيص الأعراض المخية المزمنة البسيطة» (Paine, 1962) و «بالاصابة المخية الطفيفة» (Pincus & Glaser, 1966) و « بالاصابة الدماغيـة الطفيفة وكذلك « بالخلل الوظيفى الطفيف فى المخ» (Clements & Peters, 1962 ; Gross & Wilson, 1974) و « بالخلل الوظيفى الطفيف فى الدماغ » ; (Bax & MacKeith, 1963 ; Gomez, 1967) و«بالاضطراب المتعلق بفرط الحركة والنشاط والاندفاع» (Laufer, Denhoff & Solomon, 1957) و «بصعوبات التعلم النفسية العصبية » (Johson & Myklebust; 1967) .

الـلاتاه Lattah

أشار «ويجروكى» (Wegrocki; 1939) الى هذا الاضطراب فى نقده لمقالة حررتهـا «بينيديكت» (Benedict, 1934 a) . وقد تم تعـريف «اللاتاه» بوصفه « حالة عقلية يتبع فيها الايحاء فجأة بتصرف يتعذر ضبطه أو مراقبته أو التحكم فيه » (Abraham, 1912) .

وقد قام «أبراهام» بوصف نوعين رئيسين من اللاتاه : الاندفاعى impulsive والتقليدى mimetic المتسم بالتقليد والمحاكاة) ، وهو

تفريق لم يتم تأكيده بالأدلة والحجج . ولكن الشروح والأوصاف الأكثر حداثة قد عدته متميزا بتقليد ما يصدر عن الآخرين من ايماءات وأفعال، أو بقيام الفرد على نحو عكسى بفعل ما يفعله الآخرون أو بفعل ما يتوقع من المريض أن يفعله ، والذى يكون مصحوبا فيما بعد بتعبيرات تبلغ ذروتها فى صياح أو انفجار ملىء بالشتائم واللعنات والفحش والقذارة (الكلام البذىء Coprolalia بحيث يصعب التحكم فيه) (Meth, 1974) . وفى هذه الحالة يكون الفرد على دراية بما يفعله . وعلى الرغم من أن « البدن غالبا ما يكون مكرها بشكل لا يمكن مقاومته على النطق بتلك الكلمات واتيان هذه الأفعال الا أن العقل ينكر ذلك ويجحده على نحو جازم » (Abraham, 1912) .

وقد ربط «أبراهام» (Abraham, 1912) بينهـا وبين الشخصية الأساسية للماليزيين ، كما غاير بينها وبين المرض العقلى . من ناحية ثانية فانه ذكر كذلك أن مناخ شـبه جزيرة ماليزيا ومجمـوعة جزر الأرخبيل قد يكون مسئولا عن هذه الحالة مشيرا اليها بوصفها « وهن عصبى (نيوروستينيا) استوائى (أى يشيع فى منطقة خط الاستواء) » وملاحظا كذلك (1912, P. 439) أنها ربما كانت « نذيرا بما يمكن أن يكون «لاتاه» خلال أجيال قليلة » .

وعلى الرغم من اشتمال «اللاتاه» على بعض الأعراض الملازمة للفصام التخشبى (الكاتاتونى) ، الا أنها قد نسبت الى اخفاق فى كبت الدفعات العدوانية لدى فرد مذعن ممحو الذات (Meth, 1974) .

الكحوليـــة Alcoholism

هناك اختلاف وتنازع واضح حول مفهوم الكحولية وتعريفها ، وتكمن المشكلة التى حيرت العلماء فى نزاعهم حول ما اذا كانت الكحولية عرضا أو مرضا (Marconi, 1967 ; Franks, 1970) . وتؤكد التعريفات

المستخدمة على نحو أكثر شيوعا على أربعة جوانب : أخذ الكحوليات أو تعاطيها بشكل مفرط ، واضطراب العمليات العقلية والنفسية ، وتعطل السلوك الاجتماعى وسلوك العمل أحدهما أو كليهما ، وفقدان القدرة على التحكم فى الشرب (Clark, 1966) . ويعد الجانب الأخير منها اضطرابا نزوعيا اراديا بكل وضوح .

الاعتماد على العقاقير Drug dependence

من الصعب العثور على تعريف منشور يميز العقار « drug » عن الدواء « medicine » أو حتى عن الطعام « food » فطبقا لمنظمة الصحة العالمية (WHO, 1978) فان العقار مادة اذا أدخلت فى الجسم فانها تعدل احدى وظائفه وتغيرها ، وطبقا للاستخدام الشائع فانه يشير الى مادة — لا توجد عادة فى الجسم — لها تأثيرها الجوهرى على العمليات النفسية مثل الانتباه والتركيز والدافعية أو الرغبة فى التصرف .

ويهتم الأطباء النفسيون والمتخصصون فى علم النفس المرضى بالعقاقير من وجهات نظر ثلاث :

أولا : أنها منذ فترة طويلة تعد ذات قيمة فى علاج الأمراض العقلية والبدنية معا (الفصل الحادى عشر) .

ثانيا : أن التأثيرات النفسية لبعض العقاقير — والتى يشار اليها بالعقاقير المحدثة للذهان Psychotomimetic — تبدو مشابهة لاضطراب ذهانى . وقد تميزت سنوات الستينيات وأوائل السبعينيات من هذا القرن بالاستخدام غير الطبى لمثل هذه العقاقير ، وعلى نحو واسع الانتشار ، مما نتج عنه دخول أعداد كبيرة الى المستشفيات من الشبان الصغار الذين ظهرت عليهم هذه التأثيرات .

ثالثا : هناك اهتمام بهؤلاء الناس الذين يبدو عجزهم عن الاشتغال أو العمل دون عقار معين نتيجة لاستخدامه اما طبقا لوصفة طبية أو لغرض غير طبى •

وتعرف هذه الحالة الثالثة اما بوصفها ادمانا للعقاقير أو اعتمادا عليها ، الى الحد الذى لا يستطيع معه الفرد أو لا يرغب فى العيش دونها • وهذه هى الحالة التى يمكن النظر اليها بوصفها اضطرابا اراديا نزوعيا •

وطبقا لتعريف منظمة الصحة العالمية (WHO, 1965, P. 722) فان ادمان Addicton العقاقير ، والاعتماد Dependence عليها شبيهان الى حد كبير بالكحولية Alcoholism :

> يعد ادمان العقاقير حالة من السكر أو الثمل أو التسمم الدورى أو المزمن ، وهى ضارة بالفرد وبالمجتمع ، وتأتى نتيجة لاستهلاك عقار ما استهلاكا متكررا ، (سنواء فى ذلك أكان العقار طبيعيا أم منتجا صناعيا) • وتتضمن خصائصها ما يلى :
>
> (١) حاجة شديدة جدا أو رغبة لا تقاوم (قهر) فى الاستمرار فى تعاطى العقار ، والحصول عليه بأية وسيلة •
>
> (٢) ميل الى مضاعفة الجرعة •
>
> (٣) اعتماد نفسى وأحيانا بدنى على تأثيرات العقار •

وفى الحقيقة فانه يمكن النظر الى الكحولية بوصفها نوعا خاصا من ادمان العقاقير (APA, 1980) •

ويتم التفريق أحيانا بين العقاقير المسببة للادمان والعقاقير المكونة للعادة ، اذ تتميز الأخيرة بالاستخدام المتكرر ، والتوق الى العقار ،

وليس لها أى من أعراض الانسحاب الجسمى أو النفسى التى تتميز بها العقاقير المسببة للادمان (Tatum et al., 1959) . وكلاهما ــ مع ذلك ــ متميز بالاستخدام القهرى على الرغم من التغيرات النفسية ، والتشوش الاجتماعى ، والتغيرات الجسمية (Ausubel, 1958) .

السلوك الجنسى الشاذ Abnormal sexual behaviour

يمكن اعتبار السلوك الجنسى شاذا فى عديد من الطرق • اذ يمكن أن يكون عجزا عن أدائه أو القيام به نتيجة اما لقصور بيولوجى أو لكوابح نفسية ، حيث يشار اليه بوصفه خللا وظيفيا Dysfunction كما يمكن أن يكون أداء متميزا بالافراط والاسراف كما فى الشيوعية الجنسية Promiscuity ، والهوس الجنسى وشراهة الجماع عند المرأة Nymphomania والهوس والشراهة الجنسية عند الرجل Satyriasis كذلك فانه يمكن أن يكون أداء من نوع غير مقبول اجتماعيا ، بحيث يشار اليه بوصفه انحرافا Perversion جنسيا •

ومنذ زمن طويل عدت الغريزة الجنسية أو الدافع الجنسى محددا أساسيا للسلوك الانسانى (McDougall. 1908 ; Haber, 1966) وحين تكون قوية فانه يوجد عنصر من القسر والاكراه للسلوك ، وكثير من أشكال السلوك الجنسى الشاذ تتميز بعجز واضح عن التحكم فيها أو السيطرة عليها • وهذا الافتقار الى التحكم قد تم ربطه بفترات لا يسيطر فيها الفرد على سلوكه (Altrocchi, 1980) ، ولكن النظر الى الانحرافات الجنسية من منظور اجتماعى بالاضافة الى أخذ شخصية الفرد وخلقه كذلك فى الاعتبار هو الأكثر شيوعا مما لو نظر اليها فى اطار شخصى ذاتى بوصفها اكراها أو قسرا •

اضطرابات الشخصية

على الرغم من التركيز المتكرر على السلوك العلنى الصريح ، الا أن هناك تأكيدا على الفرد فى دراسة النزوع ، بحيث لا نجد مثل

هذا التأكيد لا فى دراسة المعرفة Cognition أو العقل ولا فى العمليات الوجدانية Affective ، ففى كل من الادراك perception والانفعــال emotion مثلا هناك ميل الى التأكيد على ما هو مدرك أو محس بدلا من التأكيد على من يقوم بالادراك أو بالشعور • أما فى الارادة أو النزوع Conation فان التأكيد يتم بقدر متساو على كل من القائم بالسلوك والسلوك نفسه• ويتضح ذلك لا فى مفاهيم الارادة أو النزوع وحده مثل «الرغبة» و « التحكم الذاتى » و « قوة الأنا » ، بل فى الترابط الوثيق كذلك بين كثير من المفاهيــم الارادية النزوعية ومفهوم اضــطراب الشخصية •

وقد تم تطــوير مفهــوم «الشخصية» لتفسير ما بين الأهداف السلوكية أو الأساليب (أحدهما أو كليهما) من اتساق وانسجام فى ضروب عديدة من المواقف البيئية المختلفة • وكما هو الحال بالنسبة لعدد كبير جدا من المفاهيم الرئيسة الأخرى فى علم النفس فقد عرفت «الشخصية» بطرق عديدة ومتنوعة ، ولا يوجد بينها تعريف واحد أحرز قبولا عاما وشاملا • وتتراوح هذه التعريفات بين تعريف «أولبورت» (Allport, 1961, P. 28) لها بأنها « تنظيم دينامى يتم داخل الفرد لتلك الأنظمة النفسية البدنية المحــددة لسماته وخصائصه السلوكية والفكرية » ، الى تعريف «جيلفورد» (Guilford, 1959, P. 5) الذى عرفها بأنها « النمط الفريد لسمات شخص ما » • ويفهم ضمنا من كل هذه التعريفات تأكيدها على العــوامل الرئيسة المحــددة للسلوك ، والكامنة داخل الفرد لا فى البيئة ، وعلى افتراض الثبات أو الاستمرارية فى الزمن لتلك المحددات (Mischel, 1969) .

وبالنسبة للأطبــاء النفسيين فان السمات الجــوهرية الرئيسة للشخصية تميل الى الكمون فى اختلافها عن المرض العقلى وتميزها عنه ، ولكن هناك فارقا أكثر أساسية يمكن ايجاده بين الشخصية السوية العادية والشخصية الشاذة غير السوية •

الشخصية السوية فى مقابل الشخصية اللاسوية

يمكن وصف النـــاس وتصنيفهم من حيث أحجامهـــم وأشكالهم ومظاهرهم الجسمية ، ومن حيث منزلتهم أو مكانتهم فى المجتمع بالاضافة الى سلوكياتهم واتجاهاتهم • فاذا وصفوا من حيث صفاتهم النفسية كاتجاهاتهم وسلوكهم فان ذلك يعد وصفا للشخصية •

ويمكن وصـــف السلوك فى مستويات عديدة مختلفة ، فبالنسبة للمستوى الأدنى هناك وصف مفصل للسلوكيات المعينة التى تحدث ، كاغلاق قبضة اليد مثلا وارسالها بسرعة لتلامس أنف شخص آخر • وفى المستوى التالى يتم تجميع سلوك معين ليوضع فى فئة أو مرتبة معينة ، كتوجيه ضربة بقبضة اليد الى الرأس • والتى يمكن بالتالى تجميعها فى فئة أكبر وهى « التصرفات العدوانية » •

فاذا سادت فئة معينة من السلوك فى جعبة فرد ما ، فانه قد يوصف من حيث تعلقه بتلك الفئة • فمثلا قد ينظر الى الشخص الذى يسلك أو يتصرف غالبا بعدوانية على أنه شخص عدوانى أو يقال عنه ان لديه شخصية عدوانية • ويتم فى هذا الاطار تعريف الشخصية اللاسوية من حيث سوية سلوكها أو عدم سويته ، والذى يعد خصيصة مميزة لها •

وحتى فى المستوى الأعلى من التحليل فانه يمكن وصف السلوك لا من حيث خصائصه التى يمكن ملاحظتها على نحو مباشر ، بل من حيث علاقات فئات السلوك بعضها مع بعض ، ومع البيئة التى تقع فيها هذه الفئات • ففى هذا المستوى يمكن وصف فئات السلوك بأنها منسـ-منسجمة وقابلة للتكيف ••• الخ • كما يمكن وصف الشخص الذى يتصرف بمثل هذه الطريقة بأنه متصلب أو يعتمد عليه ••• الخ • وفى هذا المستوى من التصور أو الوصف تم وضع معظم تعريفات الشخصية اللاســـوية •

وتتميز الشخصية اللاسوية بقدرة تكيفية ضعيفة ، وبالميل الى خلق المشكلات وجعلها دائمة بدلا من العمل على حلها وانهائها ، كما تتميز كذلك بالميل الى الكشف عن أعراض طبية نفسية تحت تأثير الضغوط النفسية • وقد تبدو قدرة الفرد الضعيفة على التكيف فى سلوكه أو تصرفه بالطريقة ذاتها بصرف النظر عن الموقف الذى يجد فيه نفسه ، أو قد تبدو فى انشائه للمواقف وتنظيمه لها ، وفى التحكم فى أنشطته الاجتماعية بطريقة معينة بحيث لاتتطلب السلوك الذى لايقدر على اتيانه •

اضطراب الشخصية فى مقابل المرض العقلى

لقد سبق تقديم افتراض يقضى بامكانية النظر الى اضطرابات الشخصية بوصفها جزءا من مسلسل يتراوح بين السوى العادى والذهانى ، وبأن الخصيصة أو النمط الثابت لاضطراب الشخصية هو فى الغالب السلوك النمطى الذى يستخدمه الفرد للتعامل مع الضغوط (Salzman, 1974) ، ولكن بينما يصدق ذلك على بعض الحالات فانه لا يصدق عليها كلها • فالشخصية الهادئة المنسحبة قد يصدر عنها أحيانا سلوك خارجى تجسيدى ، وعلى العكس من ذلك فانه يمكن للشخصية المنبسطة المسترسلة فى مرح صاخب أن تصبح مكتئبة بائسة •

وبدلا من النظر الى المرض العقلى بوصفه ابرازا شاذا لخصائص الشخصية السوية العادية ، فانه يمكن تصوره بوصفه انحرافا وبعدا عن تلك الخصائص • ومن الممكن ايجاد فارق بين انحرافات شخص ما عن السلوك العادى وأشكال السلوك المنحرفة عن السلوك العادى ، حيث تصور الأولى المرض العقلى ، بينما تصور الثانية اضطرابات فى الشخصية (Draguns & Phillips, 1971) . ولكن الشكل الذى تأخذه تلك الانحرافات لم يذكر الباحثون شيئا يتعلق به •

وقد فرق «فولدز» وآخرون (Foulds, et al., 1965) بين خصائص

الشخصية كالسمات والاتجاهات من ناحية وأعراض المرض وعلاماته من ناحية أخرى ، وقد اعتمدوا فى هذا التفريق على ثلاثة محكات :

(أ) السمات والاتجاهات توجد لدى كل فرد ، بينما الأعراض والعلامات لا توجد الا فى المريض عقليا فقط •

(ب) أن السمات والاتجاهات منسجمة نسبيا مع الأنا ، بينما الأعراض والعلامات مؤلمة موجعة اما للمريض أو لأصدقائه وذويه المقربين منه •

(جـ) أن السمات والاتجاهات — وبخاصة الأولى منهما — ثابتة باقية نسبيا ، بينما الأعراض والعلامات زائلة عابرة نسبيا •

ويعد هذا تفريقا شاملا ، تندمج فيه المفاهيم المرضية والنفسية والاجتماعية الحضارية والاحصائية بعضها فى بعض ، وبالتالى فهو يدمج معظم الفوارق الأخرى •

أنواع اضطرابات الشخصية

معظم السلوكيات المحددة التى أشرنا اليها أعلاه قد عدت بمثابة خصائص مميزة للشخصية ، وذلك فى نطاق حدوثها فى أحوال كثيرة بدرجة كافية أو اذا كانت قد حدثت لفترة كافية من الوقت ، ويتم ذلك عادة ابتداء من فترة المراهقة أو قبل ذلك مبكرا (WHO, 1978) .

الشخصية القاصرة Inadequate personality

يصف مفهوم « الشخصية القاصرة » الفرد العاجز عن الكفاح للتغلب على مطالب المعيشة الاعتيادية ومشكلاتها ، وعلى الرغم من عدم وجود نواحى قصور عقلية أو بدنية واضحة الا أن الفرد يبدى نوعا من عدم الكفاءة أو البراعة ، وسقامة الحكم وضعفه ، والافتقار الى

القوة البدنية والانفعالية (APA, 1968) ، بالاضافة الى افتقاره الى الرغبة فى تحمل المشقة والانزعاج (Shaffer, 1936, P. 318) أن تشخيص الشخصية القاصرة غالبا ما يعد بديلا للوهن العصبى والفصام البسيط.

ولا توجد أعراض ايجابية لتشخيص الشخصية القاصرة ، فكل الأعراض افتقار الى شىء ما . واستخدام هذه الفئة التشخيصية قد يعكس بالتالى قيم المشخص (القائم بالتشخيص) فحسب ، فالطبيب النفسى الميال الى التوكيد والجزم ، المتميز بالطموح والتنافس ، والذى يفرض قيمه على فرد يميل الى التردد وقلة الطموح ، كما يميل الى التعاون مع طبيبه — مثل هذا الطبيب — سوف يميل الى رؤية اللاسوية والخوف من الفشل فى مريضه حيث لا تعانى شخصيته من أى اضطراب اللهم الا نوع من التراخى أو الكسل (Salzman, 1974) .

الشخصية المنفصمة Schizoid personality

هناك مفهومان مختلفان للشخصية المنفصمة ، فالأول منهما يربط الشخصية بسلوك الأفراد المتميز بالاندفاعية وعدم المسايرة وعدم امكانية التنبؤ به ، وغالبا ما يوجد هذا النوع من السلوك فى الأفراد الموصوفين من قبل من لهم معرفة شخصية بهم بالشذوذ أو غرابة الأطوار أو عدم الألفة (Dahlstrom & Welsh, 1960, P. 191) .

أما المفهوم الأكثر شيوعا — من ناحية ثانية — فهو الذى يؤكد على انسحاب الفرد أو انعزاله اجتماعيا ، وعلى ما يواجهه من صعوبات فى التعبير عن عدائه ومشاعره العدوانية (APA, 1968, 1980) . فهذا النوع من الأفراد قد أصبح منذ طفولته معزولا اجتماعيا ، كما قد أصبح مفصولا عن أقرانه من الناحيتين الفكرية والانفعالية . وبرغم ذلك فانه قد يسلم نفسه الى أفكار ونزعات فلسفية لا تستلزم تفاعلا مع الآخرين. (Salzman, 1974) .

الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive-compulsive personality

يتميز هذا النوع من الشخصية بالاهتمام المفرط بالكمال والخلو من العيب وفعل الشىء كما ينبغى • وبالتالى فان الأعراض المحددة التى تبدو عليه تتضمن التصلب والجفاف ، والكف أو الاحجام والتـوتر والتردد والحيرة ، والتى تتضارب جميعا مع ما ينشده مثل هذا الشخص من كمال (APA, 1968, 1980) .

الشخصية السلبية العدوانية Passive-aggressive personality

هناك تصوران متعارضان للشخصية السلبية العدوانية • فقد أكد «سالزمان» (Salzman, 1974) على السلبية كطريقة للتحكم فى الآخرين والتأثير فيهم ، وبالتالى فقد فسر «العدوانى» بأنه « توكيدى ميال الى الجزم والاصرار » • أما الرابطة الأمريكية للطب النفسى (APA, 1968, 1980) فقد فسرت العدوانى بأنه «عدائى» ، كما تصورت الأعراض المميزة له من عناد ومماطلة وانعدام فعالية مقصود عمدا بوصفها جميعا ناتجة عن مشاعر قوية من العداء ، والتى يعجز الفرد عن التعبير عنها بصراحة • وقد يرجع الكف الى الاعتماد المتعارض على الشخص أو المؤسسة التى يوجه ضدها العداء ، أو الى الخوف من الثأر والانتقام للتعبير الصريح عن العداء •

الشخصية الهذائية Paranoid personality

هى شخصية مولعة بالجدل والدفاع بدرجة تؤدى بها الى العدوانية المفرطة • وتتميز هذه الشخصية بالحساسية الزائدة ، وبالاهتمـام الشديد بالمعانى والدوافع الخفية ، بالاضافة الى تميـزها بالتصلب وبالصرامة والقسوة • وعادة ما ترتبط تلك الشخصية بقـدرة عقلية عالية ، وبذاكرة جيدة قادرة على تذكر المعـلومات بتفاصيلها الدقيقة وبخاصة توافه الأمور التى حدثت فى الماضى • كما تميل الى المحافظة

على مسافة اجتماعية فى العلاقات الشخصية المتبادلة ، والتى هى بالتالى علاقات غير مرضية عادة .

الشخصية الانفجارية (سريعة الانفعال) Explosive personality

ان نوبات الانفجار أو الهيجان العرضية المرتبطة بالسلوك العدوانى تعد فى بعض الأحيان خصيصة مميزة للشخصية ، مع افتراض وجود اضطراب مخى كامن شبيه بالصرع . ومثل هؤلاء الناس ــ بوجه عام ــ يمكن استثارتهم بسهولة ، كما يعدون عدوانيين ، مفرطين فى استجاباتهم للأمور .

اضــطرابات الخــلق

سبق وأن أشار «سالزمان» (Salzman, 1973) الى أنه يمكــن التعبير عن خصيصة نفسية ما فى عديد من السلوكيات ، ومن الممكن تقييم هذه الخصيصة طبقا للطريقة التى عبرت عنها . فالسلوك القسرى مثلا حين يتضمن ادمان الكحول فان معالجته تتم بصورة مختلفة عن معالجته اذا تضمن سلوكا جنسيا أو عدوانيا ، أو اذا شمل نوعا من التعلق بالطقــوس النمطية الوسواسية فى أداء السلوكيــات اليومية المتكررة . ومن هنا فان للاتجاهات الاجتماعية والسياسية والدينية نحو السلوك أهمية موازية لأهمية الخصائص النفسية المميزة فى تقرير الكيفية التى سيصنف بها ذلك السلوك . وانطلاقا من هذا الاطار فقد نشأ مفهوم «الخلق» Character.

وباستثناء بعض الاستخدامات المحدودة بين علماء النفس والأطباء النفسيين المتميزين بالاتجاه النفسى التحليلى فان مصطلح «الخلق» لم يعد مطابقا للاستخدام السائد اليوم . فمن ناحيــة تاريخية ، استخدم هذا المصطلح اما كمرادف مبسط للشخصية ــ ونعنى بذلك

الجانب الارادى منهـا – بحيث عدت الشخصية مركبـة من الذكاء بالاضافة الى الخـلق ، أو من الذكاء والمزاج بالاضافة الى الخـلق (Allport, 1937) • ثم جاء بعد ذلك «روباك» (Roback, 1927) و «ماك كول» (Mc Call, 1975) على سبيل المثال فعرفا «الخلق» بأنه « الاستعداد أو الميل الثابت لكف : (أ) اندفاع ، (ب) تقايص الأنانية فى ضوء مبدأ قيمة من القيم » •

وترتبط الخلق بجوانب السلوك التى تحظى بالتقدير والاحترام الاجتماعى ، ومن هذه الجوانب : الثبات والاستقرار ، والجـدارة بالثقة ، وتحمل المسئولية ، وتحمل الجهد ، وارجاء الاشباع ••• الخ • وطبقا لما أشار اليه «أولبورت» (Allport, 1937, P. 51) فان نتيجة هذا الارتباط هى جمع المعايير الإجتماعية مع علم النفس فى بوتقة واحدة حين يطلق «الخلق» على مثل هذا السلوك ، وبالتالى – وكما ذكر «أولبورت» (ص٥٢) – فان « الخلق هو الشخصية مقيمة ، والشخصية هى الخلق عند تخفيض قيمتها » • وقد قام «سوين» (Suinn, 1970. P. 273) بتوضيح هذه المسألة باستخدامه لمصطلح « اضطراب المسلك » (Conduct disorder) والذى فضله على غـيره انطلاقا من كون هذه الاضطرابات سلوكيات معادية للقانون والعرف السائد ، أو غير قادرة على تحمل المسئولية بالاضافة الى تفاهتها وانعـدام قيمتها بالنسبة للمجتمع ، أو هى بطريقة ما من الطرق الأخرى مثيرة لغضب المجتمع وسخطه ، أو فى الحقيقة قابلة للشجب والادانة من قبل ثقافة المجتمع السائدة• فما عرفه «روباك» (Roback, 1927) و «ماك كول» على أنه خصائص وسمات سيكولوجية (Mc Call, 1975) عرفه «سوين» على أنه سلوك اجتماعى •

ولكى نفصل القول فى تلك المسألة فان البقية الباقية من هذا الفصل سوف تخصص لعـرض موجز لأنواع الاضطراب الخلقى الرئيسة : الشخصية المعادية للمجتمع ، والانحرافات الجنسية •

الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial personality

لقد نشأ مفهوم الشخصية المعادية للمجتمع فى الأصل مع وصف «بينيل» (Pinel, 1806) للمرضى فى «بيستر» Bicêtre ، فقد عدهم « مبدين للهوس دون هذيان » ، اذ أصبح أحدهم فى حالة شديدة من الغضب من امرأة استخدمت معه لغة مهينة لدرجة أنه ألقى بها فى حفرة عميقة . فالخصائص الأساسية لذلك الاضطراب الذى وصفه «بينيل» «أنه لم يكن هناك تغير كبير فى وظائف الفهم ، بل انحراف وضلال واساءة استعمال للملكات العقلية الناشطة ، بالاضافة الى اتسامه بغضب دموى شديد وعنف بالغ عويص ، ونزوع أعمى نحو تصرفات مؤذية وتحريف لا مبرر له للألفاظ أو المعانى » . وهذه الأوصاف شبيهة الى حد كبير « بسوء التحكم الذى يحدث على نحو عرضى »episodic dyscontrol .

وقد ضمن «بريشارد» (Prichard, 1835; 1837) مفهوم «بينيل» مع اضطرابات أخرى مثل ذهان الهوس الاكتئابى تحت العنوان العام « الخبل الخلقى » Moral insanity ، والذى وصفه «بريشارد» بأنه شكل من أشكال الخبل العقلى لا يبدو فيه العقل تالفا أو ضعيفا ، بل يعانى المصاب به من الافتقار الى قوة ضـبط النفس . والحصيلة النهائية لذلك هى عجز المريض عن السلوك أو التصرف كما ينبغى وبشكل مهذب لائق . وقد قام «جوستر» (Gouster, 1878) فيما بعد باضافة مفهوم «لومبروزو» (Lombroso. 1876;1899) « المولود مجرما » الى تلك الفئة .

وقد لاقى مفهوم « الخبل الخلقى » مساندة وتأييدا من قبل معظم الأطباء والأطباء النفسيين فى الوقت الحاضر ، نظرا لأن تأكيده على الأخلاقية أو الفضيلة قد وصف سلوك أولئك الناس الذين يقترفون

جرائم عديدة برغم معرفتهم بخطأ سلوكهم ، والذين لم يبدوا أيا من العلامات المألوفة الدالة على المرض العقلى • من ناحية ثانية فقد انتقد المحامون ورجال الدين هذا المفهوم انطلاقا من أن الخبل العقلى يتضمن المرض العقلى والافتقار الى المسؤولية الشخصية (Rappeport, 1974) وقد انهار هذا المفهوم آخر الأمر بعد عام ١٨٨٨ ليفسح الطريق أمام مفهوم «كوش» Koch المعروف بـ « الدونية السيكوباتية الجبلية » والذى اختصر فيما بعد الى « الشخصية السيكوباتية » أو المعتلة نفسيا (Kahn, 1931) أو بتعبير أبسط «السيكوباتية» والاعتلال Psychopathy النفسى •

وبعد أن قدم «كوش» هذا المصطلح بفترة تبلغ خمسين عاما أو أكثر وقع الطب النفسى تحت تأثير «داروين» والمصنفين ، وبدا التطور الرئيسى مكونا من تجميع الزملات المتنافرة بشكل جوهرى تحت عنوان عام هو «السيكوباتية» أو الاعتلال النفسى ، ثم اقامة تمييز بين الأنماط ، والأنماط الفرعية داخل السيكوباتية (Cleckley, 1959) • وقد تعرف «كريبلين» (Kraepelin, 1898) على سبعة أنواع مختلفة للشخصية السيكوباتية أو المعتلة نفسيا ، كما تعرف «شنايدار» (Schneider. 1934) على عشرة أنواع ، بينما تعرف «كاهن» (Kahn; 1931) على ستة عشر نوعا • ولكن عندما قام «هيندرسون» (Henderson, 1939) بتضمين « لورانس العرب (Rappeport; 1974) فى هذا الاضطراب ، تم النظر الى هذا المفهوم بوصفه قد اتسعت أبعاده وامتدت جوانبه أكثر من اللازم •

على أن «كليكلى» (Cleckley; 1941) قد بذل جهده لوضع وصف أكثر دقة ، وانطلاقا من تركيزه على عرض واحد معين — كالكلام السطحى — فقد اقترح تغيير الاسم الى « خبل تفهم المدلولات » Semantic dementia بينما حاول آخرون التخلص من العبارات

المتناقضة والمتأصلة فى استعمال مصطلح «السيكوباتى» بأن اقترحوا مصـــطلح «السسيوباتى» Sociopath أى الشخصية المريضة اجتماعيا (Partridge, 1930) ومصطلح « الشـخصية المعادية للمجتمع » كبديلين له (APA. 1952) • (التفسير الحرفى لمصطلح «السيكوباتى» هو « العقل المريض » ، ومع ذلك فان من تم تشخيصهم بهذا المعنى قد عدوا من الناحية القانونية مقتدرين عقليا ومسئولين عن تصرفاتهم التى تقع منهم) •

فاذا جئنا الى استخدام هذا المفهـــوم فى الفترة ما بين نهـــاية الأربعينيات وبداية الستينيات من هذا القرن فاننا نجده قد أكد على « قوة الأنا المنخفضة » وعلى وظيفة غير فعالة للأنا الأعلى كما تبدو فى غياب كل من : الصراع ، والقلق ، والذنب ، ومشاعر عدم الاطمئنان Albert, Brigante & Chase, 1959) • وفى مسح شامل أجرى على الأطباء النفسيين الكنديين وجد « جراى ، هاتشيسون » (Gray & Hutchison, 1964) تقبلا كاملا تقريبا لما قدمه «كليكلى» (Cleckley; 1941) من وصف للشخصية السيكوباتية لدرجة أن معظم الخصائص التشخيصية المهمة قد عدت كما يلى :

(أ) عدم الاستفادة من الخبرة أو التجربة •

(ب) افتقار الى الشعور بالمسئولية •

(جـ) عجز عن تكوين علاقات ذات معنى أو هدف •

(د) افتقار الى التحكم فى الاندفاعات •

(هـ) افتقار الى الحس الخلقى •

(و) معاداة للمجتمع على نحو مزمن مستمر أو بشكل متكرر •

(ز) عدم تغير السلوك نتيجة للعقوبة •

(ح) عدم النضج الانفعالى •

(ط) العجز عن مقاساة الذنب ومعاناته •

(ى) التمركز حول الذات •

أما الخصائص الوحيدة التى أسقطت بشكل رئيس من وصف «كليكلى» (Cleckley; 1941) فهى : الفتنة أو السحر الظاهرى والذكاء الجيد ، والاخفاق فى السير على أى نهج فى الحياة ، وتلك الخصائص السلبية مثل انعدام اضطراب التفكير ، والمظاهر العصابية ، ومحاولة الانتحار •

وقد افترض على كل حال إعتبار السيكوباتية أو الاعتلال النفسى نوعا من الشخصية غير واضح المعالم ، بل هى ببساطة وصف لمجموعة من الأعراض المميزة لأنماط السلوك التى يمكن ملاحظتها فى كثير من الشخصيات الشاذة أو اللاسوية (Kavka; 1949) •

الانحرافات الجنسية Sexual deviations

درج بعض الباحثين على التفريق بين الخلل الوظيفى Dysfunction الجنسى والانحراف الجنسى اذ يشار بالأول الى عجز الفرد عن القيام بالعمل الجنسى التناسلى والعادى، وفى حين قد يكون هذا العجز عرضا لاضطراب عصابى فانه لا يعد خصيصة مميزة لاضطراب خلقى فى حد ذاته أما الانحراف الجنسى المعروف بطريقة أخرى على أنه ضلال وانحراف وزيوغ فانه يشار به الى سلوك جنسى من نوع غير مقبول اجتماعيا •

وتعد نظرة الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى للأمراض DSM-II الى الانحرافات الجنسية مثالا واضحا لتصنيف الناس بدلا من تصنيف الأمراض أو السلوك ، وتتضمن اعتبارا لدوافع الفرد بالاشارة الى أن «هذا التشخيص غير ملائم للأفراد الذين يقومون بالأفعال الجنسية المنحرفة نظرا لعدم توافر الموضوعات الجنسية العادية لهم » (APA , 1968 ; P.44)

أن العمل الذى قام به «كينزى» وآخرون ; 1948 ,.Kinsey, et al)
(1953 ; 1949 قد بذل جهدا كبيرا للاشـــارة الى عدم تلاؤم محك احصائى بسيط للشذوذ الجنسى • وقد أتبع هذا العمل باعادة تقييـــم كثير من السلوكيات الجنسية ، بحيث وضع الأساس لما يسمى بالتحرر الجنسى الذى شاع فى الستينيات والسبعينيات من هذا القرن ، والذى قد يرى بوصفه محددا رئيسا لما قامت به الرابطة الأمريكية للطب النفسى من اعادة تقييم اللواطة أو الجنسية المثلية فى عام ١٩٧٣ •

اللواطة أو الجنسية المثلية Homosexuality

يقصد « باللواطة أو الجنسية المثلية » تفضيل فرد من الجنس نفسه فى مباشرة السلوكيات المرتبطة بالممارسة الجنسية • ولقد أصبحت اللواطة أمرا مفضلا وفى الوقت ذاته أمرا داعيا الى المقت والاشمئزاز فى ثقافات ومجتمعات مختلفة بل فى المجتمع ذاته فى مراحل مختلفة من الزمن • وقد ضمنت فى الأصل فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى للأمراض DSM-II ، ولكن حل مصطلح « اضطراب التـــوجه الجنسى » محل اللواطة فى الطبعة السابعة من هذا الدليل •

اضطراب التوجه الجنسى Sexual Orientation disturbance

لا يعد هذا المفهوم انحرافا جنسيا على الرغم من اشتمال تلك الفئة عليه فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى للأمراض DSM-II ويشار به الى الاضطراب الانفعالى الذى يصاحب توجها لواطيا جنسيا غير مقبول ذاتيا أو شخصيا • وقد اشتمل عليه الدليـــل التشخيصى والاحصائى الثالث DSM-III تحت اسم « اللواطة المتعارضة مع الأنا » (APA. 1980) .

الأثرية أو الفيتيشية Fetishism

اذا وجد شيء ما من الأشياء التى تنصب عليها اهتمامات الفرد الجنسية بحيث يكون جزءا غير جنسى من أجزاء الجسم الانسانى أو قطعة من الملابس فانه يطلق على هذا الشيء (الذى هو موضوع الحب أو الاهتمام) أثرا أو تميمة أو «فيتيش» Fetish ، كما يطلق على السلوك نفسه الأثرية أو التميمية أو «الفيتيشية» • وغالبا ما يقع هذا السلوك من الرجال أكثر من حدوثه لدى النساء • وتنصب الأثرية فى الغالب الأعم على موضوعات أو أشياء تتعلق بجسم المرأة كقدمها أو حذائها أو ملابسها الداخلية (Friedman, 1959) .

وطبقا لنظرية «فرويد» التقليدية فان حذاء المرأة أو شبشبها يعد رمزا لأعضائها التناسلية • ان ذلك لا يفسر فقط السبب فى أن موضوع الحب أو الاهتمام ينبغى أن يكون أثريا شائعا ، بل انه يشرح كذلك مغزى ما يقوم به الرجال من شرب «الشمبانيا» فى شبشب المرأة ، بالاضافة الى تفسيره لفقدان سندريلا لشبشبها حتى تعثر على أميرها ذى الجمال الساحر •

ارتداء ملابس الجنس المغاير Transvestitism

ويقصد به حرفيا « الارتداء المغاير » ، ويستخدم للاشارة الى ما يقوم به بعض الناس من ارتداء ملابس الجنس المغاير رغبة فى الحصول منها على لذة جنسية • ويقع هذا السلوك عادة من الذكور ، حيث يقوم الرجل غالبا بالاستمناء (ممارسة العادة السرية) وهو مرتد لملابس أنثوية (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) •

اشـــتهاء الأطفـــال Paedophilia

ويعنى حرفيا « حب الأطفال » ، ويقصد به ما يقوم به الكبار من

الحصول على اشباع جنسى من الاحتكاك البدنى بالأطفال ، وليس من الضرورى للاحتكاك فى حد ذاته أن يكون جنسيا • وقد يشتمل اشتهاء الأطفال على علاقات جنسية مثلية أو متغايرة ، كما يقع فى الأعم الأغلب بين مجموعة من الأفراد الذين تربط بينهم علاقة وثيقـــة ، كأعضاء الأسرة ، والأصدقاء ، والجيران (Gebhard et al., 1965; Freedman, Kaplan and Sadock ; 1976)

ويعد اشتهاء الأطفال شبيها بما يسمى بـــ « متلصص النظـــر الجنسى » Voyeur أو «الاستعراضى» وهو الرجل الذى أخفق مهنيا واجتماعيا وجنسيا فى عالم الكبار ، وبالتالى فانه ينصرف للبحث عن متنفس أقل تهديدا لاهتماماته الجنسية •

الاســـتعراض Exhibitionism

ويشير هذا المصطلح بمعناه الواسع الى « أى عرض أو اظهار للذات يقوم به الفرد سعيا الى لفت الأنظار والحصول على الاستحسان والاعجاب » (Henry; 1955) ، من ناحية أخرى فانه بوصفه انحرافا جنسيا يعنى « ما يقوم به الذكر (الرجل) على نحو قهرى من الكشـــف للأنثى عن أعضائه التناسلية الخارجية علانية مع توافر الادراك الواعى لذلك لدى الطرفين » (Rickles, 1955) •

وفى بعض الحالات يقوم الفرد بالانغماس فى اظهار عورته للتخلص من توتر غير جنسى ، ولكنه يتم — بالنسبة للغالبية العظمى — للحصول على اشباع جنسى • ويقوم الاستعراضى على نحو نمطى بالكشف عن عوراته للغرباء (Mohr et al.,1964) وقد فسر ذلك على أنه تكـــوين عكسى لمشاعر عدم الكفاءة الجنسية والشعور بالعنة أو الضعف الجنسى• وغالبا ما تتشـــابه الديناميات أو القوى المحـــركة لحب الظهـــور أو الاستعراض ، واشتهاء الأطفال (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976

(P.776 ويؤكد محب الظهور والاستعراض دائما على الطبيعة التى لا تقاوم للدفعة الداخلية للكشف عن نفسه ، بما يتضمنه ذلك من عجزه عن التحكم فى سلوكه (Evans, 1970) .

التطلــع الجنســى Voyeurism

ويقصد به ممارسة الحصول على اللذة أو الاشباع الجنسى من أحوال بديلة للفعل الجنسى الصريح ، كتطلع الفرد الى الآخرين وهم منغمسون فى ســلوك جنسى بدلا من أن ينغمس هو نفسه فى هــذا السلوك . ويتراوح بين مجرد التطلع الى شخص آخر عار ــ وهو ما يطلق عليه استراق النظــر للتطلع للنساء العــاريات والأجسام المتجردة ــ الى ملاحظة العمل الجنسى نفسه ، سواء أكان عملا حقيقيا أم تظاهرا به وتمثيلا ، وبالتــالى فانه يتضمن مشاهدة العــروض السينمائية المليئة بهوس البغاء والبغــايا . وقد افترض أن التطلع الجنسى نتيجة للسادية المفرطة فى الانضباط والتحكم .

السادية أو لذة تعذيب الغير Sadism

كان « كرافت ــ ايبنج » (Krafft-Ebing, 1901) أول من قام بتصوير السادية بوصفها زملة طبية نفسية . وقد استعار هذا المصطلح من الروائيين الفرنسيين الذين استخدموه آنذاك لوصــف الترابط بين الجنس والعمل الوحشى ، وهو موضوع كتب له الاشتهار والانتشار من خــلال الكتابات التى قدمهــا « الماركيز دى ســاد » Marquis de Sade الفرنسى عن سيرته الذاتية وقصة حيــاته (Bieber, 1959) . وقد عرفها « كرافت ــ ايبنج » بوصفها خبرة من الأحاسيس اللذيذة والسارة جنسيا (والمتضمنة لهزة الجماع أو ذروته) نتيجة لتصرفات من الاذلال أو الوحشية أو العقاب البدنى .

وقد حدد « كرافت ـــ ايبنج » أنواعا ثلاثة من السادية :
الأفعال السادية التى تعقب الجماع والتى تعطى للفرد اشباعا جنسيا غير واف ، والأفعال السادية التى يقوم بها أفراد ذوو رجولة متناقصة فى محاولاتهم لزيادة رغبتهم الجنسية وتعزيزها ، وأخيرا الأفعال السادية التى يتم تكييفها واعدادها بحيث تؤدى الى هزة الجماع دون القيام بعملية الجماع نفسها ، وذلك فى حالات العنة الجنسية الكاملة أو الارتخاء التام •

المازوكية أو حب التعذب Masochism

المازوكية معروفة جيدا ، ولكنها معرفة تعريفا سيئا ، وهى مفهوم يصعب استيعابه فى أى نظرية من النظريات النفسية الموجودة • وقد قام « كرافت ـــ ايبنج » (Krafft-Ebing, 1901) بتقديم هذا المصطلح لتعريف زملة مرضية ورد وصفها فى كتابات «ساشير ـــ مازوك» Sacher-Masoch وهو روائى قصصى اشتهر فى القرن التاسع عشر ، وكان هو نفسه مازوكيا • وقد انتهت الى استخدامها للاشارة الى اتخاذ الألم مصدرا للحصول على اللذة الظاهرية وبخاصة اللذة الجنسية • ولكن « كرافت ـــ ايبنج » قد أكد فى الأصل على استخدام القـــوة والنفوذ لتحقيق هذا الغرض بدلا من الألم ، مع وجود المشاعر الجنسية موقظة أو مستثارة بفكرة الخضوع والاستعباد وسوء المعاملة من قبل أحد أفراد الجنس المغاير ، وبالاحساس بالخضوع والخنوع التام غير المشروط لارادة ذلك الفرد •

وقد أكد « كرافت ـــ ايبنج » بالدليل والحجة أن أثرية أو فيتيشية القدم (حب قدم المرأة والتعلق به) هو نوع من المازوكية فى الحقيقة ، نظرا لأن المحب يحط من قدر نفسه فيما يتعلق بموضوع الحب (المرأة) بتركيز اهتمامه على قدمها •

كذلك فقد تم التمييز بين أربعة أنواع من المازوكية :

(أ) تقبل الصدمة والأذى أثنـــاء الاستثارة الجنسية • وهو بالضرورة ما أشار اليه «فرويد» « بالمازوكية الأنثوية » •

(ب) تسهيل الاستثارة أو اللذة الجنسية بالصدمة والأذى •

(جـ) الصدمة والأذى أو الاذلال عنصران جوهريان للاستثارة الجنسية •

(والنوعان الثانى والثالث هما بالضرورة ما ســماه «فرويد» بـ « المازوكية المثيرة للشهوة الجنسية ») •

(د) الاستغراق فى الحالات والمواقف الداعية الى الاحبــاط والحزن والايلام وتخييب الأمل • وهذا النوع هو ما أشار اليه «فرويد» « بالمازوكية الخلقية » وعده معيارا للسلوك ، وهو كذلك ما سماه «رايك» Reik « بالمازوكية الاجتماعية » •

وقد افترض «فرويد» (Freud. 1905a) أن المازوكية تقع مصحوبة على نحو ثابت بميول سادية ، وأن المازوكية فى حقيقة الأمر سادية انقلبت ضد الذات • وذلك شبيه بمفهوم الاكتئاب لدى «فرويد» ، كما أن هنـــاك فى الحقيقة افتراضا يقضى بوجود عـــلاقة بين الســادية والاكتئاب(Brenman. 1952 Reich, 1953;Nacht; & Racamier;1960) كذلك فان السادية قد ارتبطت بالسلوك الوسواسى القهرى Berliner, 1947) وبالبارانويا أو الهذاء (Bak, 1946; Nydes. 1963)

خلاصـــة واســتنتاجات

توضح اضطرابات النزوع أو الارادة استخدام المفاهيم النفسية الحضارية ومحكات المرض العقلى — وهى ما حدده «سكوت» (Scott, 1958) بوصفه « سوء توافق اجتماعى » و « اخفـــاقا فى التكيف الايجابى » • وهذا النطـــاق الواسع العـــريض من السلوكيات التى استعرضت فى هذا الفصل يعكس بحذافيره عجز الفرد بشكل محدد أو واضح عن ضبط سلوكه والتحكم فيه بما يتفق مع معاييره شخصيا أو معايير مجتمعه • وهو أمر جلى واضح فى اضطرابات الخلق ولكنه مفهوم ضـــمنا فى الوهن العصبى والشخصية المنفصمة وغيرهما من الاضطرابات التى سبق استعراضها • فهناك اذن استعمال واضـــح للمعايير الاجتماعية فى تحديد ما اذا كان السلوك ينبغى اعتباره سويا أو لا سوى •

ويتميز المجتمع الغربى — وبخاصة مجتمع أمريكا الشمالية — بتوجهه نحو الانجاز والتحقيق ، كما قد تبنى الخلق البروتستانتى • وقد عد الاخفاق فى الاشتراك فى هذا الخلق وتأييده اما اساءة اجرامية أو عرض دال على المرض العقلى • وقد نتـــج عن تحـــرر القوانين وتسامحها (Wolfenden;1957) الاعتراف بالتمييز والتفريق بين الفضيلة الخاصة والفضيلة العامة (Devlin, 1965) • كما تبع ذلك تحرر الممارسات الطبية النفسية (Spitzer. 1973 ; APA, 1974) وسيظل الأمر كذلك حتى يعرف — على كل حال — ما اذا كان المجتمع يعيد تسمية المشكلة فحسب وأنه سيستمر فى علاج الناس أنفسهم ولكن على أســـاس من تبرير مختلف مغاير •

القسم الثالث

العوامل المحددة للسلوك الشاذ

مقـــــــدمة

سبق أن أشرنا الى أنه اذا كان اثبات طيب نكهة الحلوى يكمن فى تناولها ، فان اثبات فعالية علم النفس المرضى يكمن بالتالى فى علاجه الناجح للسلوك الشاذ . ولكن نجاح العلاج فى للطب يتوقف فى الغالب على معرفة سبب المرض (انظر مثلا : Carr, 1977) . وجريا على الطريقة المتبعة فى كل العلوم فان الطب يحاول على نحو نموذجى اكتشاف سير الأحداث وتسلسلها حتى تبلغ ذروتها بوقوع الاضطراب ، ثم يحاول عندئذ معالجته بازالة السبب والتخلص منه أو بابطال تأثيره والقضاء عليه . ويعد استخدام المضادات الحيوية مثالا توضيحيا رائعا لتلك الطريقة ، والتى يشار اليها بنموذج المرض المعدى (Weiner;1978) ، اذ يتم اكتشاف الكائن الحى الدقيق بالمجهر كسبب مؤد للمرض ، ثم يعقب ذلك اعطاء مادة ما — وهى المضاد الحيوى — من المواد التى تملك خاصية معينة لابطال تأثير الكائن الحى الدقيق أو تدميره والقضاء عليه .

ويطلق على دراسة أسباب المرض مصطلح « علم أسباب الأمراض » Aetiology ، وقد أثبت هذا العلم نفاسته وقيمته العظيمة فى الطب البدنى ، كما يميز فلسفة العلاج ولغته التى يتعامل بها كثير من الأطباء النفسيين ، وبخاصة أصحاب التوجه البيولوجى الذين يؤمنــون بأن المرض العقلى هو بالضرورة مرض أو اعتلال كأى مرض آخر ، وبأن الفارق الوحيـد بين المرض العقلى والمرض الجسمى يكمــن فى بحث أعراضهما . من ناحية أخرى — وكما سبق أن فصلنا فى الفصل الأول — فان هناك بدائل لتصور الظواهر المسماة « بالمرض العقلى » وفهمها كوحدة مرضية .

ويهتـم الطب النفسى بالسلوك الانسانى ، وفى حين ينبغى أن يكون الشرح والتفسير هو الهدف المهيمن على أى عالم من العلماء فان التساؤل « لم فعل زيد ذلك ؟ » يمكن توجيهه والاجابة عنه بطرق عديدة مختلفة (Peters, 1960) ٠

ويستخدم نموذج المرض المعدى بشكل واسع الانتشار فى الطب النفسى ، اذ يحاول شرح حدوث الاضطراب بلغة السبب الأسـاسى الوحيد (Weiner, 1978) ٠ ولكن الأمراض المعدية ليست الا نوعا واحدا من أنواع الشذوذ العديدة التى يواجهها الطب ، كما أن الشروح والتفسيرات السببية ليست كذلك الا نوعا واحدا من أنواع عديدة من الشروح والتفسيرات المتعلقة بالسلوك الانسانى ٠ وتبعا لذلك فان الاهتمام بمعرفة مفهوم «السبب» Cause وفهمه فهما كاملا أمر لابد منه فى البداية ٠

مفهـوم « السبب »

تشير كل العلوم الى وجود أحداث معينة تميل الى الترابط زمنيا مع بعضها بعضا ، وأن هذا الترابط يقوى فى بعض الحالات لدرجة أنه يشار الى الحدث الواقع أولا بـ «السبب» المؤدى الى الثانى ، كما يشار الى الحدث الثانى بـ «التأثير» effect الناجم عن الأول ٠ وحين يحدث ذلك فانه يمكن فى الغالب وضع عدد من الافتراضات :

(أ) أن الحدث الثانى نتيجة حتمية بالنسبة للحدث الأول ٠

(ب) أن وقوع الحدث الأول يعنـى ضروريته وكفايته معـا باعتبارهما شرطين لوقوع الحدث الثانى ٠ وهذا يعنى وجود علاقة ذات متغير أحادى Univariate بين السبب والنتيجة ٠

(جـ) أن «السبب» و «النتيجة» مصطلحان أساسيان ٠

وهذه الافتراضات الثلاثة ليست صحيحة دائما .

المحتومية أو تعذر الاجتناب Inevitability

اذا قمنا بتصور حدثين وادراكهما على أنهما تتابع أو تسلسل من السبب والنتيجة فانه من السهل افتراض وقوع النتيجة دائما عقب وجود السبب ، فاذا قمنا بدفع شيء ما فانه سيقع ، واذا جرح شخص ما فان جرحه سينزف دما ، واذا دخل جسمه فيروس ما من الفيروسات فانه سيصاب بصداع فى رأسه أو بقرحة فى حلقه ، كما سترتفع درجة حرارته ، فاذا عاش طفولته فى فقر وحرمان فانه سيصبح فى المستقبل مقصرا مهملا أو جانحا منتهكا للقانون . ولكن « دافيد هيوم » (Hume, 1739) أشار الى عدم وجود ارتباط ضرورى بين السبب والنتيجة بحيث يجعل أحدهما نتيجة مؤكدة للآخر . وفى الحقيقة فان النتيجة لا تعقب السبب دائما ، فاذا انخفض مركز الجاذبية بدرجة كافية فان عملية الدفع لن تؤدى الى الوقوع ، واذا لم يكن الجرح عميقا لدرجة كافية فان الدم لن يسيل منه ، كما أن دخول الفيروس الى جسم الانسان وتمكنه منه لن يؤدى دائما الى أعراض مرضية اكلينيكية (Weiner, 1978) ، وكما سوف نتعرض لذلك فى الفصل التاسع ، فانه ليس من الضرورى لكل الأطفال الذين عاشوا طفولتهم فى حرمان وفقر أن يصبحوا جانحين منتهكين للقانون .

الاستدلال احادى المتغير

لقد اتضح مما قدمناه من تعليقات على تعذر الاجتناب أعلاه أنه اذا تصور حادث ما على ضوء السبب والنتيجة فان هناك ميلا الى تجاهل ما قد يكون هناك من تأثير لبعض المتغيرات الأخرى . والاستثناء الوحيد من ذلك هو حالة اخفاق افتراض تعذر الاجتناب فى أن يكون صادقا ، فاذا حدث ذلك فاننا نتخلى عن النمـوذج البسيط أحادى

المتغيرات لنتحول عنه الى نموذج متعدد المتغيرات Multivariate ويشير هذا الأخير اما الى متغيرات معدلة Moderator ــ بحيث يفرق بين ما هو ضرورى من الأسباب وما هو كاف منها ــ أو الى التعرف الى أسباب مهيئة ممهدة ومعجلة مفجرة ، ودوامية أو مديمة لبقائها .

وقد أكد «ميشيل» (Mischle, 1977) على التسليم بطبيعة الدافعية ذات المتغيرات المتعددة ، ولكنها كانت معروفة منــذ زمن «أرسطو» (٣٨٤ ــ ٣٢٢ ق.م) ، فقد انتقد «أرسطو» قديما واضعى النظريات لتعاملهم مع فكرة السببية بشكل غير تام ، بحيث وضع نظرية ميز فيها بين أربعة أسباب مختلفة ، وهى : أسباب مادية ، وأسباب شكلية ، وأسباب فعالة ، وأسباب نهائية .

تأمل مثلا كرة فولاذية تتدحرج الى أسفل على سطح مائل ، فاذا قلنا بأن حركة الكرة ناتجة عن جاذبية الأرض فاننا بذلك نرجع تلك الحركة الى سبب فعال فحسب . ويمكننا أيضا تفسير ذلك بالقول بأن الكرة كانت تتحرك فى اتجاه حالة من التوازن فى أسفل السطح ، حيث يتعادل جذب الجاذبية الأرضية المتجه الى أسفل مع ضغط الأرض المتجه الى أعلى (السبب النهائى) . بل حتى هذا التفسير قد لا يكــون تفسيرا كاملا لحركة الكرة ، اذ لا يمكن للكرة أن تتدحرج ما لم تكن مستديرة (التفسير الشكلى) ، وما لم تكن كذلك مصنوعة من مواد أثقل من الهواء (التفسير المادى) .

وفى محاولة أصحاب النظريات ذات الاتجاه الأحيائى البــدنى Biophysical تفسير السلوك الشاذ والمرض العقلى فانهم قد طوروا على نحو مميز أسبابا مادية وشكلية ، أما أصحاب النظريات ذات الاتجاه البيئى والاتجاه الاجتماعى الثقافى فقد أكدوا على الأسباب الفعالة ، بينما انصب اهتمام النظريات النفسية على الأسباب النهائية . فالتفسير التام يتطلب اذن رجوعا الى الأسباب الأربعة جميعا ، ولكن التفسير

الكافى لبعض الاضطرابات يمكن أن يتم بالرجوع الى سبب واحد فقط. ومن هنا — وكما سنشير اليه فى الفصول ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ من هذا الكتاب — فان هناك ميلا جليا واضحا الى استخدام طرائق نظـرية مختلفة لدراسة السلوك الشاذ ، لا من حيث تعريف الشذوذ بصورة مختلفة فحسب ، بل للتركيز على صور مختلفة من الشذوذ — أى أن استخدام هذه الطرائق يعتمد على تلك الصور الشاذة المختلفة التى يمكن تفسيرها بشكل واف عن طريق نوع السبب الذى تؤكد عليه تلك الطرائق النظرية .

النســبية Relativity

يجدر بنا أن نتذكر أن السبب والنتيجة لا يشتملان على أهميـة أو دلالة مطلقة ، اذ ينظر اليهما على أنهما نقطتان مرجعيتان يفرضان على وضع من الأوضاع لتسهيل فهمه وتبادل الآراء والأفكار والمعلومات حوله ، كما يعدان نسبيين تبعا لذلك الوضع من ناحية وببعضهما بعضا من ناحية أخرى ، وبالتالى فانه يمكن اعتبار حدث ما نتيجة فى أحد التحليلات وسببا فى تحليل آخر ، كذلك فان ما تعده نظرية من النظريات سببا قد يعد فى نظرية أخرى استجابة وسيطة . وتأمل السبب فيما يطلق عليه « الشلل العام للمخبول » .G.P.I سيوضح هذه الفكرة .

فلقد تم تقدير عدد يتراوح ما بين عشر الى ثلث المقبولين للعلاج بمستشفيات الأمراض العلقية فى بداية القرن العشرين ممن أظهـروا مراحل مختلفة من التدهور العقلى والبدنى الذى يحدث بشكل تقدمى «تدريجى» ، مما أدى الى اصابتهم بالشلل أو الخبل ، ثم انتهى بهم الأمر الى الموت . وقد أطلق على هذا النوع من الاضطراب الاسـم الوصفى : « الشلل العام المرتبط بالخبل » General Paralysis of the insane (GPI) وقد أثبتت البحوث والدراسات اللاحقة ارتباط الشلل

بالخبل بضمور اللحاء المخى عقب اجتياح كائنات حية دقيقة له تسمى « البكتيريا الملتوية » Spirochetes ، وهذه البكتيريا ترتبـط بدورها باضطراب آخر وهو الزهرى syphilis ، والذى ينمو ويتطور عقب احتكاك جلد المريض أثناء المضاجعة الجنسية بشخص آخر ملوث بجراثيم البكتيريا . كما أثبتت تلك الدراسات أن المضاجعة الجنسية لشخص آخر معد أمر شائع بالنسبة لمن يعيشون حياة جنسية شيوعية بوهيمية ، كذلك فقد أوحت بأن الشيوعية الجنسية محاولة للبحث فى فترة الرجولة عما حرم منه الفرد البوهيمى من حب فى طفولته ــ نتيجة لتربية أبوية سقيمة ربما كان من الممكن الحيلولة دونها عن طريق الارشاد النفسى قبـل الزواج ، أو بدراسة مقرر فى تربية الحياة الأسرية .

فاذا نظرنا الى تلك السلسلة المتتابعة من الأحداث التى تراوحت ما بين اجتماعية ونفسية وبيولوجية ، وصرفنا النظر عن حقيقة انقطاع تلك السلسلة فى كل حلقة من حلقاتها نتيجة لتأثير عوامل أخرى ، فان السؤال الذى يتحتم طرحه هو : ما السبب الذى يؤدى الى الشلل العام المرتبط بالخبل ؟ من الواضح أن السبب يعتمد على ما يعد نتيجة أو مرضا ، وهو فى هذه الحالة الشلل العام المرتبط بالخبل . فاذا عودل هذا النوع من الشلل بالسلوك العلنى الصريح ، فان السبب عندئذ هو الضمور اللحائى . أما اذا عودل بالضمور اللحائى فان السبب يصبح عندئذ اما البكتيريا الملتوية الزهرية Syphilitic Spirochete (وهى : Treponema pallidum) أو الأحـداث التى أدت الى ادخال تلك البكتيريا الى جسم المريض أو أجهزته .

فما يعد نتيجة أو «مرضا» انما يتم تحديده غالبـا عن طريق النقطة التى يعد الفرد فيها مريضا ، والتى تقع على امتداد التسلسل التطورى ، وهى التى ستحدد كذلك العلاج المناسب . فاذا تم التعرف الى الفرد عند نقطة أسبق مباشرة من الحدث الذى يسبق تطور المرض،

أى اذا تعرف عليه عند نقطة سابقة لوقوع «السبب» فان العلاج يسمى على الأرجح «وقاية» •

استنتاجات

نظرا لما هنالكمن ميل الى تبسيط العلاقات تبسيطا مفرطا حين يتم تصورها وادراكها من حيث كونهـا علاقة سبب ونتيجة فان هذا القسم يرفض الأخذ بمفهوم أسباب المرض aetiology ، ويهتم بدلا من ذلك بأسباب السلوك الشاذ تأييدا وتفضيلا للعوامل المحـددة لذلك السلوك ، وكما يعتقد بعض الباحثين فان هذا المصطلح الأخير يؤدى الى الاقلال من الافتراضات المضللة الخادعة •

تصنيفات العوامل المحددة ونظرياتها

فى محاولة علماء النفس اثبات اصطباغ نظرياتهم بالصبغة العلمية بدلا من الصبغة الدينية أو الخارقة للطبيعة فانهم قد أقروا عديدا من النماذج البسيطة التى تميز بين العوالم المختلفة من البيانات والمعلومات التى يتعاملون معها ، كما تميز العلاقات الموجودة بينها • ويعد نموذج المنبه والاستجابة (م ـــ س : S—R) أقدم هذه النماذج جميعا ، والذى يفترض أن السلوك أو الاستجابات (س) نتيجة مباشرة للظروف المثيرة أو المنبهة (م) • وقد تم تعديل هذا النموذج ليصبح : المنبه ـــ الكائن العضوى ـــ الاستجابة (م ـــ ك ـــ س : S-O-R) بحيث يؤخذ الفرد أو الكائن العضوى Organismفى الاعتبار ، ثم غير النموذج مرة ثانية ليصبح س = د (م × ك) : R=F (S.O) (أى أن الاستجابة دالة لكل من المنبه والكائن العضوى) حتى يمكن اجتناب أى افتراض يقضى بوجود صلة سببية مباشرة بين المنبه والكائن العضوى ثم بينهما وبين الاستجابة •

وقد اختار الكتاب الحالى الصيغة الأخيرة (س = د (م × ك)) والتى تنص على أن السلوك دالة التفاعل بين الفرد وبيئته .

ولكن هذا النموذج يعانى من قصور واحد يكمن فى عدم تمييزه بين الجوانب البيولوجية والنفسية للفرد . ويمكن ايجاز هذا التمييز بمد متغير الكائن العضوى وتوسيعه ، لتدخل الجوانب البيولوجية (ب) والسيكولوجية (ل) ، وتصبح المعادلة كما يلى :

س = د (م × كب × كل) :

R=F (S.Ob. Ops.)

ولكن ذلك يؤدى الى بعض الافتراضات المسبقة حول قدرة المتغيرات البيولوجية والنفسية على التفاعل .

وأفضل طريقة للتعامل مع هذا النموذج أن نضم نموذج : المنبه ــ الكائن العضوى ــ الاستجابة (S-O-R) الى نموذج «جيمس وارد» (Ward, 1919) المعروف بنموذج الانسان . وهو موضح فى شكل (٣ ــ ١) : ففى حين أسقط هذا النموذج علاقات متبادلة معينة فانه يحدد ثلاثة عوالم من البيانات أو المعلومات المتضمنة فى الدراسة الشاملة لمحددات السلوك الانسانى ، بالاضافة الى المتغيرات الرئيسة المتضمنة فى تلك العوالم . وفى الفصول الأربعة التالية من هذا الكتاب سوف يتم التعامل على التوالى مع كل عالم من هذه العوالم .

وفى دراستنا للعوامل المحددة للسلوك ــ العادى أو الشاذ ــ وكما سبق أن أشرنا الى ذلك ، يجب أن يكون معلوما لدينا أنه بينما يجب أن يشتمل التفسير الكامل على بيانات ومعلومات من العوالم الثلاثة جميعا ــ لأن ذكر واحد منها فقط يكفى غالبا لتفهمنا لتلك العوامل ، ولأن الطرق الاحصائية والتكنولوجية المعقدة التى تبيح بحث المتغيرات المتعددة فى آن واحد ذات أصل حديث نسبيا ــ فان معظم البحوث

والتنظيرات العلمية قد مالت الى التأكيد على عالم واحد فقط من هذه العوالم الثلاثة • وتجدر الاشارة الى أنه ينبغى أن يفهم ضمنا من الفصول الأربعـــة التالية أنه اذا أكد على عالم معين من الحقـــائق والمعلومات على حساب العالمين الآخرين فان ذلك يرجع اما الى نوع الشذوذ المتعامل معه بما فى ذلك مراحل تطوره ، أو التحيزات التى يحملها صاحب النظرية أو الباحث ــ كتلك التحيزات التشخيصية التى يحملها من يقوم باجراء المقابلة والتى نوقشت فى الفصل الثالث ــ والتى تنبع عادة من شخصيته أو خبرته السابقة وتدريبه ، أو من الجـــو الاجتماعى والعلمى السائد فى الوقت الذى صيغت فيه تلك النظرية أو اكتشفت •

البيئـــة

(المادية والاجتماعية والثقافية)

المنبهات	الجسم (بيولوجيا)		الاستجابات
أناس			
أشياء	الأعضاء	**العقل**	السلوك
أحداث	المركبة	(نفسيا)	
خبرات	جسميا	الادراكات	أفعال
ضغوط	كيماويات	**الذات**	حركات
صراعات	حيوية	القرارات	
اجهادات		الذاكرات	انعكاسات
	المورثات		
الأسباب			**النتائج**

شكل (٣ــ١) : توضيح تخطيطى للعوالم الثلاثة من البيانات المتضمنة فى علم النفس المرضى ، والمفاهيم والتراكيب الأساسية المستخدمة فى تفسير النشاط الانسانى

الفصل السابع

العوامل البيولوجية المحددة للمرض العقلى

هناك ثلاث خصائص رئيسة مميزة للنظريات البيولوجية المتعلقة بالسلوك الشاذ ، فهى نظريات اختزالية بمعنى أنها تحـاول تفسير ظواهر علم النفس بلغة علوم الفيزيولوجيا والأعصاب والكيمياء الحيوية والوراثة ، كما تعتمد على المقدمة المنطقية القائلة بأن البناء يحدد الوظيفة ويقررها ، وهى بالاضافة الى ذلك نظريات حتمية تؤمن بأن لكل نتيجة سببا •

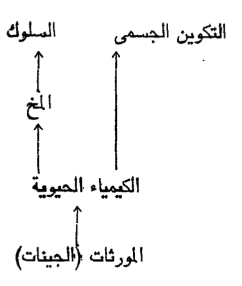
وتشبه النظريات البيولوجية النظريات البيئية من حيث ايمانهما بمبدأ الحتمية Determinism (انظر الفصل الثامن) ، كما تتخذ موقفا مغايرا للنظريات الذاتية (انظر الفصل العاشر) • ولكن برغم اعتراف النظريات البيولوجية غالبا بأن سلوك الكائن العضوى يمكن فهمه فقط نتيجة لتاريخ تفاعله مع بيئته الا أن النظريات البيولوجية تختلف عن النظريات البيئية فى تأكيدها على عدم تأثر الأفراد بصورة منتظمـة متسقة بالمنبهات البيئية •

ويعد «بافلوف» Pavlov واحدا ممن أسهموا فى نشأة علم النفس السلوكى ، والذى كان فى فجر نشأته بيئيا بالكامل ، وقد لاحظ أن حيواناته التى استخدمها فى تجاربه قد أظهرت ميولا فطرية للاستجابة للمنبه ذاته بشكل مختلف الى حد كبير ، ولكنه لم يركز اهتمامه كلية على سلوك «الكلب» • وقد غفل كثير من علماء النفس السلوكيين عن

تلك الملاحظة (Williams, 1960) • فالسمه المميزة للنظرية البيولوجية تتمثل فى تأكيدها المدعم بالدليل والحجة على أن الفروق الفردية فى التكوين البيولوجى للفرد المستثار هى المحددات الرئيسة للسلوك •

ولقد كان علماء النفس الأوروبيون أكثر انشاء وتطويرا للنظريات البيولوجية من أقرانهم فى أمريكا الشمالية • اذ تتعارض المثل العليا للديمقراطية الأمريكية واقتصادها المبنى على الحرية مع الفكرة القائلة بأن الجوانب الوراثية للفرد هى التى تحدد سلوكه وتقرره • كما أن الافتراض القائل بأن هناك رباطا وثيقا بين الخصائص البدنية والسلوكية يعنى الى حد كبير تأييدا للحتمية الوراثية (Hall & Lindzey, 1957 ; 1978) • ولكن تفسير السلوك الانسانى بشكل شامل يجب أن يأخذ فى اعتباره الجسم ووظائفه ، نظرا لأن جسم الانسان لا يمثل فقط وسيلة السلوك المتفاعل مع أجسام أخرى لتشكيل المواقف أو الأوضاع الاجتماعية ، بل هو كذلك مصدر لعوامل دافعية كالحاجات والدوافع ، كما أنه سجل لمتغيرات نفسية سيكولوجية كالاحساسات والادراكات والأفكار والمشاعر ••• الخ •

وفى هذا الفصل سنحاول ايجاز الأساس المنطقى للمدخل البيولوجى الخاص بتفسير حدوث السلوك الشاذ مع ذكر أمثلة لذلك ، مع العلم بأن تلك الأمثلة لم يتم اختيـارها بصورة عشـوائية • وللنظـريات المورفولوجية (المهتمة بالشكل أو النمط الجسمى للفرد) مدلول تاريخى وجاذبية مألوفة شائعة ، ولكنها مع ذلك تهتم بالارتباطات البسيطة بين الجسم والسلوك• فاصابة المخ تمثل تحليلا مورفولوجيا للمخ الى تراكيب تشريحية ، كما يفترض فيه غالبا أن يكـون سببا مباشرا للسـلوك الشاذ • والكيمياء الحيوية والتركيب الوراثى عاملان محددان لكل من التكوين الجسمى وتشريحه البنائى ، وبالتالى فانهما يقدمان سلسلة «سببية» ، أى كما يبدو فى الرسم التوضيحى التالى :



ونظرا لأن كل حلقة فى هذه السلسلة هى نتـاج التفاعل بين الحلقة السابقة وبعض جوانب البيئة فان دراسة النظريات البيولوجية والوراثية اعتراف كذلك بالطبيعة المتعددة المتغيرات لأسباب الأمراض •

وبالاضافة الى تقديم أمثلة موجزة للمدخل البيولوجى فى تفسير حدوث السلوك الشاذ والمرض العقلى ، فان هذا الفصل سيفصل القول فى العلاقة بين المتغيرات التى تؤكد عليها تلك النظريات من ناحية ، والسلوك من ناحية أخرى ، كما سيحاول الاشارة الى كل من علاقة هذه المتغيرات بعضها ببعض وعلاقتهـا بالمحددات السلوكية — غـير البيولوجية — الأخرى •

النظريات البيولوجية لأسباب الأمراض

يفترض علماء النفس والأطباء النفسيين الذين يتقبلون المفهـوم البيولوجى للشذوذ (اللاسوية) ، والذين يعدون المرض العقلى بمثابة أى مرض آخر — يفترض هؤلاء — على نحو مميز أن السبب الرئيسى للسلوك الشاذ يكمن فى خلل أو نقص فى التكوين البيولوجى للفرد • ومن الوجهة النظرية فان هذا الافتراض يعد واحدا فقـط من ثلاثة

ـسدج بيولوجية • فهناك أيضا النموذج الافراطى أو التخمى surfeit
الذى يفترض افراطا فى التركيبة البيولوجية للفرد ، وكذلك نموذج الكائن
المرض Pathogen أو الجسم الغريب الذى يعزو الشذوذ الى استدخال
مادة غريبة فى الجسم • ويعد نموذج الخلل أو القصور النموذج المميز،
نظرا لأنه من الممكن تفسير النموذج الافراطى أو التخمى بوصفه نتيجة
لخلل أو نقص فى آلية (ميكانيزم) التحكم أو الضبط ، كما يمكن النظر
الى نموذج الكائن المرض أو الجسم الغريب بوصفه مؤديا الى خلل
أو نقص أو مسببا لهما •

وهناك نطاق واسع من الفروق الفردية فى التشريح أو التركيب
البنيوى ، والذى يقع داخل حدود «عادية» • فلكل فرد تركيب مخى
متميز ، كما أن لكل فرد نظاما هرمونيا متميزا • وربما كانت تلك الفروق
أكثر أهمية فى تحديد السلوك من الأحداث البيئية • وفوق ذلك فانه
اذا أمكن للعوامل الوراثية تفسير الفروق القائمة بين أنواع الكائن
الحى فانه يمكن اذن أن نفترض امكانية تفسير تلك الفروق بين الأنواع
بالطريقة ذاتها (Williams, 1960) •

وقد احتدم النزاع بشكل حاد فى علم النفس الأكاديمى خلال
الثلاثينيات والأربعينيات من هذا القرن حول طبيعة التعـلم وحول
السؤال المطـروح آنذاك : « ما الذى يتعـلم؟ » ; (Spence, 1951
Kendler, 1952) وقد اعتقد كل من «جاثرى» (Guthrie; 1930;1942)
و « سبينس » (Spence, 1936 وكذلـك « هـل » (Hull; 1943)
أن الحيوان يتعلم الروابط بين المنبه والاستجابة (S-R) • وحاول
«تولمان» (Tolman, 1948) كذلك البرهنة على تعلم الحيوان للعمليات
المعرفية ، كما يتعلم التوقعات أو الترابطات بين المنبه والمنبه (S-S)
أما المعارضون فقد كانت لهم أساليبهم المختلفة فى تناول النظرية ،
كما كان لهم منهجهم الخاص الذى فضلوه فى التعامل معهـا ، بحيث

أجروا أنواعا مختلفة من التجارب العلمية ، ولكنهم استخدموا أيضا فئرانا ذات تكوينات وراثية مختلفة (Wiggins et al.; 1971) •

وقد تمكن « جونز ، فينيل » (Jones & Fennell, 1965) من الحصول على مجموعة من الفئران من كل مختبر تجريبى لمقارنة أداء المجموعتين • وقد وجدا فرقا رئيسا بينهما من حيث سرعة الأداء ونوعه ، وقد جاء هذا الفارق منسجما مع نظريات علماء النفس الذين استخدموها • فعالم مثل «سبينس» وكذلك مؤيدوه — الذين أقاموا الدليل والحجة على تعلم الحيوانات للروابط بين المنبه والاستجابة — قد استخدموا الفئران التى كانت قد كيفت بطريقة توجهها بقوة نحو الهدف ، كما مالت تقريبا الى الغفلة عما يحيط بهـا • أما «تولمان» ومؤيدوه — والذين حاولوا البرهنـة على اكتساب الحيوانات لما هو متوقع منها ، وعلى تشـكيلها « لخرائط عقلية معرفية » Cognitive maps — فقد استخدموا فئرانا قضت فترات طويلة من الوقت فى نشاط استكشافى •

نظـريات التشـكل البنيـوى

تفترض نظريات التشكل البنيوى Morphology أن هناك علاقات مهمة بين بنية الجسم والسلوك أو الشخصية ، وتتمثل هذه النظريات فى كثير من الأفكار النمطية والشائعة عن العلاقة بين تركيب الجسم والشخصية• فمن « المعروف جيدا » — على سبيل المثال — أن البدناء من الناس مبتهجون مرحون ، وأن لذوى الرؤوس الحمراء مزاجا متقدا ملتهبا ، فهم سريعو الغضب ، كما يميل الشقر والشقراوات بشكل أكبر الى المزاح والهزل واللهو ، أما ذوو البشرة السمراء الداكنة فانهم انفعاليون عاطفيون شهوانيون • وأخيرا فان شخصيات ذوى البنية الطويلة المليئة بالعظام ترتبط بالذكاء والميل الى الانسحاب من الاتصالات الاجتماعية•

وقد وجدت نظريات التشكل البنيوى على عهد «شيكسبير » :

« فليكن حولى رجال بدينون ،
ورؤوس خاوية ناعمة ــ رجال ينامون ملء جفونهم .
أما «كاسيوس» هذا النحيل ، فنظراته متعطشة متسائلة
انه يفكر أكثر من اللازم ــ أمثال هذا الرجل خطرون » .
(يوليوس قيصر)

وقد كان «لأبوقراط» (٤٦٠ ــ ٣٧٧ ق.م) فضل السبق الى ابتداء العمل فى هذا المجال (Hall & Lindzey; 1978) .

وفى أواخر القرن الثامن عشر أنشأ « جون لافيتار » (John Lavater, 1789) نظرية فى الشخصية اعتمدت على علامات شخصية مثل الأنف النبيل ، والفم الدقيق ، والعيون الساحرة الجذابة . وفى بداية القرن التاسع عشر قام «جال،سبارزهايم» (Gall & Spurzheim, 1809, 1810 ; Gall; 1835) بتطــوير ما يســمى بــ « فراسة الجمجمة » Phrenology والتى قصد من ورائها الى أن تكون علما يهتم بالعلاقة بين سمات الشخصية والمناطق المتعرجة فى رؤوس الناس. ولكن « ارنست كريتشمار » و « ويليام شيلدون » ربما كانا أكثر شهرة بين من عرفوا بتأييدهم لوجهة النظر المبنية على التشكل البنيوى أو المورفولوجيا .

ارنست كريتشمار (١٨٨٨ ــ ١٩٧١) Ernest Kretschmer

كان لــ«ارنست كريتشمار» الفضل فى وضع مبادىء طريقة لدراسة الشخصية بحيث عدت أول طريقة بيولوجية معاصرة تهتم بتلك الناحية (Liebert & Spiegler; 1978) . وقد كان «كريتشمار» طبيبا نفسيا ألمانيا . وفى غضون ممارساته الاكلينيكية أصبح مقتنعا بوجود علاقات مهمة ودالة بين بنية الجسم والسلوك وبخاصة ذلك السلوك الذى يرتبط

بذهان الهوس الاكتئابى والفصام ، كما أصبح مقتنعــا بأن الحالات الذهانية تضخيم للسلوك السوى العادى •

وقد قام «كريتشمار» بجمع عدد من القياسات لأكثر من سبعين صفة بدنية ، واتخذ منها أساسا للتعرف الى ثلاثة أنواع رئيسة من بنية الجسم أو الجبلة ، وهى : البنية الضعيفة الواهنة **Asthenic** والبنية الرياضية **Athletic** ، والبنية البدينة المكتنزة **Pyknic** كما حدد عددا صغيرا من الأنواع الشاذة غير السوية والتى أطلق عليها البنية المشوهة **Dysplastic** •

وقد وصف البنية الضعيفة الواهنة ــ والتى يشار اليها أحيــانا بـــ « الجسد النحيل » **Leptosomatic** بأنهــا سهلة المكسر ، ضيقة وطويلة كأنها خيط ، ووزنها أخف من السوى أو المطلوب ، بينما تحتفظ بقامة متوسطة الطول • وصاحبها ذو بنية عجفاء هزيلة ، يبدو أطول مما هو عليه ، وجلده ضعيف فى افرازاته ودمه ، كما أن كتفيه ضيقتان ، بحيث يتدلى منهما ذراعان بعضلات ضعيفة واهنـــة ، ويدين رقيقتى العظام • وصدره طويل ضيق مستو بحيث يمكن عد أضلاعه ــ ذو زاوية حادة ، ومعدة ضعيفة رقيقة ••• **(Kretschmer, 1925, P.21)** •

أما البنية الرياضية فقد وصفها بأنها نامية العضلات قوية ، ذات كتفين عريضين ، وصدر نام ومنبسط على نحو جيد ، وخصر ضيق عميق •

وفيما يتعلق ببنية الجسم البدين فانها تتميز بنمو محيطى واضح فى تجويفات الجسم (كالرأس ، والثدى والبطن) ، كما تميــل الى توزيع الدهن ونشره حول الجذع ••• ذات طول متوسط ، وشـــكل مستدير ، ووجه عريض رخو فوق رقبة قصيرة ممتلئة وغليظة ، جاثمة ومستقرة بين الكتفين • وهى ذات كرش دهنى ضخم ناتىء من الصدر

المقنطر العميق المكتنز ، والذى يتسع الى الخارج متجها الى الجـزء الأسفل من الجسم (Kretschmer; 1925; P. 29) •

أما النوع الرابع — البنية المشوهة — فقد ذكرت للاشارة الى الجوانب المنحرفة من بنية الفرد ، وقد وصفت بأنها « نادرة مثـيرة للدهشة وقبيحة » •

وقد وجد «كريتشمار» أن مرضاه الذين كانوا يعانون من هوس اكتئابى ذوو قامة بدينة مكتنزة أساسا ، كما اكتشف ارتباط الفصام بالأنواع الثلاثة الأخرى لبنيـة الجسم ، وبخاصة البنيـة الضعيفة الواهنة • وبناء عليه فقد عد البنية الجسمية مرتبطة بالميل الى الشذوذ والاستعداد له ، واقترح استخدام نمط الجسم فى التنبؤ بالاضطراب الذى يمكن أن يتكشف أو يظهر لدى فرد ما ، اذا ما اعتراه مرض عقلى •

وفى قياس البنية الجسمية فقد قام «كريتشمار» بتطوير قائمة مفصلة بحيث يتم ملؤها بينما الشخص واقفا فى مواجهته وهو عار تماما • ولكن بيانات «كريتشمار» قد وصفت بأنها مضطربة مشوشة فى حد ذاتها ، كما أنها تؤدى بدارسـها الى التشوش والاضـطراب (Paterson; 1930) • وعلى الرغم من تلك القائمة فان «كريتشمار» قد اعتمد الى حد كبير فى الحصـول على معلوماته على الاستبصار والملاحظة ، معطيا لعملية القياس والعد اعتبـارا ثانويا (Sheldon; Stevens & Tucker, 1940) .

وقد أكدت دراسات قليلة فى وقت لاحق ملاحظات «كريتشمار» (انظـر مثـلا : Wittman; Sheldon & Katz; 1948 ; Anastasi & Foley ; 1949) ولكن فى كثير من تلك الدراسات — كما فى عمـل

«كريتشمار» الأصلى ــ فان هناك امكانية اللجوء الى تفسيرات بديلة •

ولم يقم «كريتشمار» باتخاذ التدابير اللازمة للتحكم فى تأثيرات العمر أو الوضع الغذائى لدى مفحوصيه (Rees; 1961) فتشخيص الفصام مثلا يميل الى الارتباط بصغار الناس بشكل أكثر من ارتباط الذهانات الوظيفية الأخرى بهم ــ حيث وصف فى الأصل على أنه خبل مبكر أو ناشىء قبل أوانه (انظر الفصل الثانى) ، كما نظر الى الاكتئاب الهوسى بوصفه اضطرابا يحدث للمرة الأولى حين يتراوح عمر المريض بين ٢٠ ــ ٣٥ عاما (Arieti, 1974b) ولكن تشخيصه قد لا يتم حتى يعترى المريض للمرة الثانية أو الثالثة ، وحتى تصبح طبيعة الاضطراب الدورية واضحة • فبنية الصغار من الناس أكثر نحافة وضآلة بوجه عــام •

كذلك لم يقم «كريتشمار» بالبرهنة بوضوح على وجود ســبب بيولوجى للمرض العقلى بدلا من السبب السلوكى الناجم عن بنية الجسم ، فالفصام مثلا يرتبط غالبا بالانطواء وبتاريخ من الانسحاب الاجتماعى التدريجى ، وهذه الحالة لا تؤدى الى نمو عضلى قوى •

وهناك طرق عديدة قد يحدث من خلالها ترابط بين بنية الجسم والسلوك ، فبالاضافة الى ما قد تفرضه بنية الجسم من قيود على السلوك ، وبالاضافة كذلك الى المحدد (العامل) الوراثى المشترك ، فان بعض الأحداث البيئية قد تؤثر فى كل من الجسم والسلوك على السواء• فمثلا قد يصحب القلق والاكتئاب اذا ما كانا استجابات للأحداث البيئية، أنماط سلوكية مميزة تشتمل على تغيرات فى الشهية بحيث تؤدى الى تغــيرات فى وزن البــدن وهيئته ، كذلك فان الضــغوط والمناسبات الاجتماعية التى تأتى استجابة للمظهر الجسمى للفرد قد تشجع أنماطا سلوكية معينة على الظهور ، بل قد تشجع الفرد حتى على تقلد مهن أو وظائف معينة (Lindzey, 1967) •

أما نواحى القصور الأخرى فى نظرية «كريتشمار» فقد تضمنت تأكيده على فئتين تشخيصيتين فقط هما : تصنيف الناس الى مجموعات أو أنماط منفصلة متقطعة ، واخفاقه فى أخذ الشخصية السوية بعين الاعتبار .

ونظرا لأن «كريتشمار» قد آمن بأن الحالات الذهانية تضخيم للسلوك السوى ، فانه قد اعتقد كذلك بأن العلاقة بين بنية الجسم والمرض العقلى ربما كانت موازية أو مطابقة للعلاقة بين بنية الجسم والشخصية السوية . ولكنه على كل حال لم يقدم أى بيانات مؤيدة لفكرته ، فظلت كذلك حتى تلقفها « ويليام شيلدون » ليطورها فى نظريته المعروفة باسم التشكل البنيوى أو المورفولوجى ، والتى كانت فى جوهرها نظرية سمات .

ويليام هـ. شيلدون William H.Sheldon (١٨٩٩ — ١٩٧٧)

نشأ « ويليام شيلدون » فى محيط زراعى ، وقد تأثر ادراكه وتصوره للسلوك الانسانى فيما يبدو بحياته فى صباه وعلاقته القوية بوالده الذى كان عالما بالطبيعة ومربيا للماشية . وفى مرحلة ما من حياته فقد أوصى حتى بالتحكم فى مستقبل الجنس البشرى بالطريقة ذاتها التى يتحكم بها فى مستقبل الماشية .

وقد تناول «شيلدون» أنماط الجسم التى ذكرها «كريتشمار» ، وفسرها «شيلدون» من حيث كونها متغيرات مستمرة . وقد ميز ثلاثة مكونات رئيسة فى بنية جسم أى فرد ، أولها : الدهن والجهاز الهضمى الذى ينشأ من الطبقة الداخلية endoderm من نسيج الجنين ، وثانيها : العضلة ، والعظم ، والنسيج الضام الذى ينشأ أساسا من الطبقة الوسطى mesoderm من نسيج الجنين، وثالثها: المخ والجهاز العصبى المركزى الذى يشتق من الطبقة الخارجية ectoderm من الجنين .

ويتفاوت النمو النسبى لهذه الأنسجة من شـــخص الى آخر : فنمو الطبقة الداخلية من نسيج الجنين بشكل غالب يعطى دفعة لعملية تبلور أنســـجة التركيب الداخلى المنبثقة عنهـــا ، أى البنيـــة المكتنزة Endomorphy وهى بنية شبيهة بذلك النمط الذى أسماه «كريتشمار» بالبنية البدينة، وقد أطلق «شيلدون» وآخرون (Sheldon et al., 1954) على هذا النوع من الناس الحوت وفرس النهر ، وفيما يتعلق بحالتهم المزاجية فقد عدهم من النوع الرخو المحب للاسترخاء والاستجمام والأكل ، بالاضافة الى نزعتهم الاجتماعية وحبهم للاختلاط بالآخرين .
أما نمو الطبقة الوسطى من نسيج الجنين (الميزوديرم) بشكل سائد غالب فانه يعطى دفعة لنمو الأجزاء الرئيسة فى هذه الطبقة من البنيان ، فيؤدى الى البنية المتوسطة Mesomorphy ، والتى تشبه النمـــط الذى أسماه «كريتشمار» بالبنية الرياضية . وقد وصف «شيلدون» شخصية أصحاب هذا البنيان بالنشاط والفعالية ، والميل الى التوكيد والجزم ، كما وصفها بالشجاعة والجرأة . كذلك فقد قارن هؤلاء الأشخاص بالبوم والنسور .

أما غلبة نمو الطبقة الخارجية من البنية فانها تؤدى الى نمو النمط الخارجى التركيب أو البنية النحيلة Ectomorphy ، وهو هيئة بدنية شبيهة بما أسماه «كريتشمار» بالشخص النحيل ، وهى شخصية مكبوتة مقيدة ، مليئة بالخوف ، منطوية على نفسها ، مولعة بالفن وتقـــدير الجمال . وقد قارنها «شيلدون» بأنواع مختلفة من الحشرات .

ويشار الى هيئة البدن ـــ كما تبدو فى أى لحظة من اللحظات ـــ بـــ « الطراز الظاهرى Phenotype » . والذى يعد نتاجا لعديد من المتغيرات الغذائية والبيئية المميزة للعقلية والشخصية والتى تمارس تأثيرها على الطراز الوراثى Morphogenotype لفرد أو جماعة ما ـــ والذى هو بدوره هيئة بدنية افتراضية ناتجة كلية من المورثات (الجينات) ـــ

وبالتالى فهى الهيئة أو الشكل الذى يرتبط ارتباطا قويا بالشخصية .
ولكى يتم تقدير شكل البنية الوراثية لفرد أو جماعة ما فان «شيلدون»
قد أخذ قياسات مختارة تتعلق بالطراز الظاهرى ، والذى عبر عنه
بـ « بنية الجسم » Somatotype ، (Sheldon et al., 1954 ; Rychlak;
1974 ; Hall & Lindzey,1978) .

ومن خلال الملاحظة الدقيقة ، وسلسلة من القياسات التى قام بها للطرز الظاهرية عبر فترة من الزمن ، استطاع «شيلدون» الوصول الى مجموعة من الاستنتاجات المتعلقة بأبنية الجسم والمتعلقة بالتالى بأشكال البنيات الوراثية . وقد تم أخذ سبعة عشر قياسا جملة واحدة ، بحيث عبر عنها على أنها نسب الى طول الفرد . كما اختزلت تلك القياسات عادة الى تقديرات — تتم على مقياس مدرج مكون من سبع نقاط — للعناصر الرئيسة الثلاثة المكونة لبنية جسم الفرد . وقد هيأت تلك القيم التقديرية الفرصة للتعبير عن بنية الجسم فى رمز مكون من ثلاثة أرقام . فمثلا ، تصور الأرقام ٧ — ١ — ١ نمطا متطرفا للتركيب المكتنز ، وتصور الأرقام ١ — ٧ — ١ نمطا متطرفا للتركيب المتوسط ، بينما تصور الأرقام ١ — ١ — ٧ نمطا متطرفا للتركيب النحيل .

وبانتهاء عام ١٩٥٤ أتم «شيلدون» جمع بيانات عن ٤٦٠٠٠ حالة ، كما أتم بناء مجموعة من الجداول التى تضمنت مختلف النسب . وقد أعدت تلك الجداول بحيث قسمت الى مجموعات عمرية تضم كل منها خمس سنوات ، وبحيث شملت مدى عمريا تراوح بين ١٨ — ٦٥ عاماً . وبالتالى فانه اذا أمكن معرفة طول الفرد ووزنه وعمره فانه يمكن الرجوع الى الجدول المناسب حيث يوجد عدد صغير من الأبنية الجسمية الأكثر نموذجية ، ويمكن اختيار البناء الجسمى الأكثر تلاؤما (مع طول الفرد ووزنه وعمره) اما بتفحص القياسات البدنية الحقيقية أو بمعاينة بسيطة لتلك الأبنية .

وفى ربط البنية الجسمية بالشخصية فقــد مال «شيلدون» الى التأكيد على العنصر البنائى السائد أو الغالب . ولكنه مال فى ربطه بين البنية الجسمية والمرض العقلى الى التأكيد على العنصر الأقل نموا بحيث ربط بين وجود الأعراض الطبية النفسية وغياب النمو البــدنى . (Wittman. Sheldon & Katz; 1948 ; Sheldon et al., 1949) فقد ربط مثلا بين ذهان الهوس الاكتئابى وبنية الجسم المرموز لهــا بــ ٧ ــ ٧ ــ ١ ، ثم ذكر (١٩٤٩) أن ذلك لا يصف وحدة مرضية ، بل يصور نمطا من الاستجابة يكون الانعدام المرضى للكف فيه هو السمة المميزة الثابتة . كما ربط بين الفصام الهذائى وبنية الجسم المرموز له بــ ١ ــ ٧ ــ ٧ مشيرا الى أن النمط الاستجابى الذى يسميه الأطبــاء النفسيون بالهذائى أو الاسقاط الهــذائى ــ الاستجابات المعادية ــ يحمل سمة ثابتة مميزة تتمثل فى افتقار شاذ فريد الى الحنو والشفقة .

وقد انتقد «شيلدون» فى عمله انتقادا لاذعا ، فقد قام بنفسه بعمل مجموعتين من التقديرات لكل من البنيــة الجسمية والحالة المزاجية ، ومن ثم فان ذلك ربما قد أدى دون قصد منه الى جعل نتائجه متحيزة لصالح نظريته .

فقد وجد «ليندزى» (Lindzey; 1967) مثلا أن التوائم الصنوية ــ والتى ينبغى لها الحصول على درجات فى بنيــة الجسم مترابطة ترابطا تبادليا تاما ــ قد حصلت على معاملات ارتباط بلغت فقط ٦١ر بالنسبة للاناث و ٣٦ر بالنسبة للذكور . وفى حين توحى نتائج بعض الدراسات بأن بنية الجسم ثابتة أثناء فترة المراهقة وفترة الرشد أو الرجولة (Hammond, 1957. Rees, 1961) ، وهى بالتالى محددة بصفة جوهرية بالعوامل الوراثية ، فان دراسات أخرى قد وجدت تلك البنية تتغير بشىء من الجوع (Lasker; 1947) كمــا تتغير مع العمــر

• (Newman, 1952 ; Verghese, Large & Chiu; 1978).

كذلك فقد عبرت بعض الدراسات عن قلقها واهتمامها بنقاء أبعاد «شيلدون» وتجانسها • فهناك من البراهين ما يشير الى أن هناك عنصرين أساسيين لبناء الجسم ، وأن كلا من التركيب الخارجى والتركيب الداخلى طرفان متضادان للبعد ذاته (Sills, 1950; Ekman, 1951 ; Howells ; 1952 ; Humphreys ; 1957) ، كما أشار «بيفلاس» (Bavelas, 1978) الى أن «شيلدون» حين استخدم مصطلح «المزاج» Temperament فانه كما يبدو قد عنى بة أمرين مختلفين : السلوكيات التى يمكن ملاحظتها ، وما قد يكون لدى الشخص من دافع يدفعه الى السلوك بطريقة معينة •

وأخيرا فان هناك الاهتمام ذاته الذى سبق التعبير عنه بالنسبة لنظرية «كريتشمار» فيما يتعلق باحتمال وجود علاقة سببية تكمن وراء معامل الارتباط الملاحظ بين بنية الجسم والسلوك • فقد حاول «شيلدون» أن يؤيد المحدد البيولوجى للسلوك ، ولكنه قدم فقط معلومات وبيانات متصلة بمعامل الارتباط •

ومع ذلك فانه على الرغم من أن معامل الارتباط ليس عاليا بالقدر نفسه الذى أكده «شيلدون» بالحجة والدليل ، فان هناك ارتباطا ايجابيا بين تلك المتغيرات (Child. 1950 ; Hanley, 1951 ; Davidson Mc-Innes & Parnell, 1957 ; Walker; 1962) • وفوق ذلك فكلما كان هناك اتفاق عال بين التقديرات المأخوذة للفرد نفسه فان القياس الجسمى يعد اجراء يمكن الاعتماد عليه والوثوق به الى حد معقول حين يتم تنفيذه من جانب مقدرين ذوى خبرة جيدة (Tanner, 1954, (Brouwer, 1957) •

. يمكن لهيئة الجسم تحديد السلوك وتقريره بطريقة واضحة اذا استخدمت بشكل مباشر فى السلوك الذى هو محل للتساؤل • فالرجل المكسورة مثلا تعد محددا مباشرا لاعاقة الحركة • فاذا لم تكن الهيئة Form بناء تشكيليا عاما كالرجل ، بل كانت بناء تشريحيا كالمخ فان امكانات تحديد السلوك تتعدد وتكثر •

ان الفروق داخل النوع الواحد فى تركيب المخ فروق كبيرة كتلك التى توجد بين الأنواع ، وابتداء من مولد الفرد فصاعدا توجد فروق جوهرية بين الأفراد فى عدد الخلايا العصبية وحجمها وتنظيمها بالاضافة الى معالم المخ ومقوماته التشريحية الأكثر عمومية (Lashley, 1947) وأنه لما يؤسف له أن تلك التغيرات والاختلافات فى تشريح المخ لم تنل من اهتمام العلماء والباحثين الا قدرا ضئيلا نسبيا ، وبناء عليه فانه على الرغم من التقيد بالمفهوم القائل بأن البنية التركيبية تحدد الوظيفة الا أن المعلومات المتاحة فى هذا الصدد ضئيلة وبخاصة فيما يتعلق بكيفية اتصال تلك الفروق التشريحية بالفــروق السلوكية وعلاقتهما بعضهما ببعض • وما يتوافر لدينا من معلومات يتصل معظمه بالأنماط الاستجابية الشائعة •

مفهوم الاصابة المخية

هناك ثلاثة مداخل متميزة يلجأ اليها العلماء فى دراستهم للتأثيرات السلوكية الناجمة عن الاصابة المخية ، وهى المداخل الطبية النفسية ، والنفسية ، والعصبية النفسية •

المدخل الطبى النفسى Psychiatric

وهو ببساطة طريقة وصفية ، كما أنها أكثر الطرق بساطة وخلوا

من التعقيد • وتتبع النموذج الطبى من حيث اتصالها « بالزملات المخية العضوية » .O.B.S وطبقا لما ورد فى التصنيف الدولى التاسع للأمراض ICD-9 ، وفى الطبعة الثانية من الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية DSM-II فان تلك الزملات المخية تتكون من خمسة أعراض : قصور التوجه ، وقصور الذاكرة ، وقصور جميع الوظائف الفكرية كالفهم والاستيعاب ، والعد ، والمعرفة ، والتعلم ••• الخ ، وقصور الحكم ، وسطحية الانفعال أو الوجدان وعدم استقراره • وطبقا للرابطة الأمريكية للطب النفسى (APA, 1968, P.22) فان :

« زملة الاصابة العضوية فى المخ تعد حالة عقلية أساسية ناتجة — بوجه خاص — عن قصور انتشارى Diffuse impairment فى وظيفة أنسجة المخ لأى سبب مؤد الى ذلك • ومعظم الأعراض الأساسية موجودة بصفة عامة لدرجة ما ، بصرف النظر عما اذا كانت الزملة خفيفة أو متوسطة أو شديدة » •

وتعد الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية DSMIII أكثر تفصيلا من سابقتها فيما يتعلق بالتفريق بين الزملات المخية العضوية والاضطرابات العقلية العضوية • اذ يكمن الفارق الأساسى بين الاثنين فى البرهنة على سبب عضوى معين للاضطرابات العقلية العضوية • ومن وجهة نظر طبية نفسية فان هذه البرهنة ماتزال على كل حال شرحا وصفيا فى المقام الأول •

المدخل النفسى Psychological

وهو مدخل يعتمد بشكل غالب على دراسة أسباب المرض أو

الدوافع المؤدية اليه ، ويشير الى أن العـــلاقة بين الاصـــابة المخية والسلوك يمكن أن تكون اما مباشرة ، أو غير مباشرة ، أو مطلقة محررة، أو تعويضية •

فمن الممكن الوقوف على التأثير السلوكى المباشر اذا حدد موقع السلوك أو القدرة فى منطقة مخية معينة ، وستظهر اصابة تلك المنطقة اذن فى قصور السلوك المقابل لتلك المنطقة •

أما التأثير السلوكى غير المباشر فانه سيقع عندما يكون السلوك المتأثر بشكل مباشر ضروريا لاكتساب أو اظهار سلوك ثان أو قدرة ما من القدرات • فالطفل مثلا قد لا يتعلم أو يتحدث اما بسبب الاصـــابة الحادثة لمناطق المخ المسئولة عن التحدث (تأثير مباشر) ، أو لأن اصابة المناطق المسئولة عن القدرات السمعية قد أعاقت الطفل عن القدرة على تعلم كيفية التحدث بطريقة عادية (تأثير غير مباشر) • فكل من التأثيرات المباشرة وغير المباشرة تفترض تحديد الموقع فى الأداء المخى (انظر (Krech, 1962 ; Yacorzynski : 1965) •

أما بالنسبة للسلوك الصادر عن الفرد فانه يدرك عندما توجد الاصابة فى المخ فى مناطق المخ أو أجهزته المشتملة على وظيفة كفية• وقد أشار «هغلينجر جاكسون» Jackson (١٨٣٤ — ١٩١١) الى أن الأعطاب Lesions المدمرة لا تؤدى مطلقا الى تأثيرات ايجابية ، بل الى أعراض سلبية قد تعطى فرصة لظهور نتائج ايجابية • وعلى الرغم من أن تلك الفكرة قد جاءت سابقة لبافلوف الا أنها تتسق مع فكـــرته المعروفة بالوظيفة الكفية للحاء المخ ، والتى بواسطتها يمكن للاصابة المخية فحسب أن تمكن من الظهور شيئا ما كان موجودا طول الوقت ، كما تستمد تلك الفكرة تأييدا ومساندة من الأعمال المبكرة التى قام بها عالـــم وظائف الأعضـــاء الروسى « ايفان سيشانوف » Sechanov (١٨٢٩ — ١٩٠٥) •

ومعظم أنظمة الاستجابة تشتمل غالبا على نظام كفى تكميلى قادر على الامداد بتأثير كابح موهن (Valenstein, 1973) ، ومن المعتقد أن الفترات الاهتياجية التى ترى أثناء مراحل التخدير المبكرة أو السكر الكحولى ناتجة عن قمع تلك الأنظمة الكافة • ومن الممكن تصور الطفل ذى النشاط الزائد ، والشخص السيكوباتى ، وزملة الفص الجبهى من الدماغ من حيث كونها جميعا وظائف كفية قاصرة أو ضعيفة •

وقد يحدث فى بعض الأحيان أن يعانى شخص ما من قصور سلوكى أو عقلى نتيجة لاصابة مخية ، ولكنه يتخذ شكلا آخر من السلوك الذى لا يقوم فحسب باخفاء القصور بل بالتعويض عنه كذلك، وهذا يمكن الفرد من متابعة أدائه • فعقد العقد فى منديل اليد واستخدام دفتر لتدوين اليوميات أو المواعيد أمثلة شائعة للتعويض عن الذاكرة المعيبة أو المصابة بالنسيان • وبالنسبة لكبار السن أو الكهلة ومدمنى الكحول فانه من الممكن لسلوكهم التعويضى أن يصبح واضحا صريحا جدا ، فاذا مورس بصلابة وصرامة فانه قد يفقد كذلك بعضا من خصائصه التكيفية •

المدخل العصبى النفسى

خلال الفترة الواقعة بين العشرة الى العشرين سنة الماضية نشأ مجال فرعى منبثق عن علم النفس الاكلينيكى تحت اسم « علم النفس العصبى الاكلينيكى » Clinical neuropsychology • ويهتم هذا الفرع بدراسة العلاقة بين المخ والسلوك • وتبعا لذلك فقد تركزت المهام التى يقوم بها المتخصص فى هذا الفرع فى التعرف الى التغيرات الحادثة فى السلوك والمرتبطة بالخلل الوظيفى فى المخ بالاضافة الى القيام بقياسها ووصفها (Parsons; 1970; Lezak. 1976) .

وقد اشتهر فى هذا المجال ثلاثة رجال : « جرى والتر » (Walter, 1953 ; Walter & Crow; 1964 ; Walter ; Weinberg & Cooper,

(Reitan; 1955 ; « رالف ريتان » و « آرثــر بينتــون » و 1973
Reitan & Davison; 1974) .

وقد اشترك «بينتون» فى عمل تشخيصى فى اطار تربوى تعليمى ، حيث عمل مع مجموعة من المربين وعلماء اللغة النفسيين ، كما ركز جهده على الحبسة الكلامية aphasia والاضطرابات المتصلة بها . أما «جرى والتر» فقد اهتم فى عمله بصفة أساسية بالعلاج (الجراحة النفسية) . وقد بنى « رالف ريتان » جهوده على ما قام به « وارد هالستيد » Ward Halstead, 1947, 1951) .

مبكرا من عمل ، حيث عمل «ريتان» — على نحو وثيق — مع أطبـاء الأمراض العصبية وأطباء الجراحة العصبية فى تطوير بطارية اختبارات تشخيصية ، حتى يتمكن طبيب الجراحة من استخدامها فى التعرف بدقة الى ما يتوقع حدوثه حين يتم فتح الجمجمة .

و « لرالف ريتان » على وجه الخصوص تصور عقلى ذو متغيرات متعددة للاصابة المخية ، وهذا التصور متعارض مع ما قام به علماء النفس الاكلينيكيون من عمل مبكرا ، اذ تميل البحوث والدراسات التى أجريت مبكرا الى تصور المخ بوصفه متجانسا كما لو كان قصعة من ثريد ، كما كانت هذه النظرة مقيدة الى حد كبير بالتمييز بين المرضى المصابين بأمراض عضــوية والمصابين بأمراض غير عضــوية ، مع الافتراض بأن لكل مجموعة منهما ما يميزها عن غيرها بما تبديه أثناء الاختبار من استجابات وسلوك .

ابعاد الاصابة المخية

استطاع «ريتان» وزملاؤه التعرف أثناء عملهــم الى عديد من المتغيرات البيولوجية التى تؤثر فى ما ينجم عن الاصابة المخية من نتائج

اجتماعية ونفسية ، ومن هذه المتغيرات : نوع الاصابة ، وموقعها ، ومداها أو شدتها ، وعمر المريض ، ومدة الاصابة • ومن الممكن أن نضيف الى هذه المتغيرات شخصية المريض قبل نزول المرض به •

نــوع الاصــابة

ليست الاصابة المخية ظاهرة ذات بعـــد واحد ، فبالاضافة الى الدمار الميكانيكى الناجم عن اصابة الرأس الجرحى الرضى أو الصدمى Traumatic هناك أيضا الأورام الليفية العصبية Gliomata الناشئة داخل المخ ، والأورام الناتجة من الســحايا Meninges أو الأغشــية والأهداب المغلفة للمخ ، والنزيف الدموى داخل الجمجمة ، وتصلب شرايين المخ Arteriosclerosis وفقدانها للدانتها ومرونتها ، وتجمع مواد دهنية شحمية ونسيج ضـــام Connective tissue فى الشرايين المخية ، والتى ترتبط بالتغــذية التى تحتوى على نسبة عاليـــة من الكوليسترول •

وقد قدم «ريتان» وزملاؤه برهانا على التأثيرات الفارقة الناجمة عن الأنواع المختلفة للاصابة المخية ، على أداء المريض وانجــازه فى الاختبارات النفسية • ولكن تلك التأثيرات الفارقة قد لوحظت كذلك فى الأداء الوظيفى العام من حياة المريض • فعلى سبيل المثال : تنمو الأورام الناجمة من أغشية الدماغ أو سحايا المخ بشكل بطىء عادة الى حد أن فقدان الأداء أو الوظيفة يسير فى بداية الأمر بشكل تدريجى بحيث يستطيع المريض أن يعوض عن هذا الفقدان دون أن يتعــرض لقصور كبير فى التكيف الاجتماعى •

ويعد الورم الدموى تحت الأم الجافية : Subdural haematoma محل اهتمام خاص لدى علماء علم النفس المرضى نظرا لأنها غالبــا ما تكون مصحوبة بتدهور فى الفعالية النفسية والاجتماعية على نحـــو تدريجى تقدمى ، مع انعدام العلامات العصبية النمطية • وتتضمن الأعراض المميزة مستوى متقلبا من الوعى والادراك بحيث يشتمل على

كسل وخمول ، وبطء عقلى ، وتشوش واضـــطراب • كما ترتبط تلك الأعراض غالبا مع الصداع •

موقـــع الاصـــابة Locus

لقد أصبح هناك مدرستان فكريتان متعارضتان فيما يتعلق بوجهة نظر كل منهما تجاه مواقع الوظائف العقلية فى المخ • وقدقدمت الفكرة القائلة بوجود موقع مفصل للصفات أو الخصائص العقلية المميزة فى اللحاء المخى منذ وقت مبكر جدا ، أى فى عام ١٦٦٤ على يد « ثوماس ويليز » Thomas Willis ، فخلال القرن التاسع عشر قام « جاك ، سبورزهايم » والمتخصصون فى الفراسة بتفصيل القول فى تلك الفكرة، ولكنهم ووجهوا بمعارضة من قبل «فلورينس» Fluorens الذى افترض أن اللحاء المخى بأكمله متساو فى جهده •

وقد قدمت هاتان المدرســـتان الفكريتان نفسيهما فى البحـــوث والدراسات السيكولوجية التى أجريت فى القرن العشرين ومنهم «هب» (D.O Hebb, 1949) الذى أيد فكرة وجود مواقع للأداء فى المخ ، وكذلك «لاشلى» (K. Lashley, 1942) والجشتالتيون المؤيدون لمبدأ الفعل الكتلى أو العمل الجماعى mass action أو النظرية المجاليـــة Field theory للأداء الوظيفى اللحائى •

وقد أسفرت البحوث والدراسات اللاحقة بعـــد ذلك عن مزاعم عديدة بمواقع القدرات المختلفة فى مناطق عامة بالمخ ، ولكن هذه المزاعم فى الغالب متضاربة وغير متسقة بعضها مع بعض ، كما أنها متناقضة من حيث تحديدها للمناطق التى تعتمد عليها وظائف المخ •

ان البيانات التجريبية التى تساند بوضوح موقع الوظيفة ومركزها

فى المخ قد تعرضت لنقد شديد من قبل «فالينستين » ,Valenstein) 1973) الذى أشار الى أن الأقطاب الكهربية electrodes التى يبــدو موقعها فى المكان نفسه فى حيوانات مختلفة تثير سلوكا مختلفا ، بينما الأقطاب الكهربية الواقعة فى مواقع مختلفة من المخ قد تثير السلوك ذاته فى الحيوان الواحد . وقد افترض كذلك بأن جزءا كبيرا من المشكلة قد يرجع الى عدم تنظيم المخ أو ترتيبه بأجهزة تنسجم مع المسميات النفسية . فالذكاء مثلا مفهوم نفسى مفرد ، ولكنه يتضمن على الأرجح أجزاء عديدة مختلفة من المخ .

ومن الممكن أن نميز فى المخ بين خمس مناطق تشريحية :

١ ــ المخ المؤخر Hindbrain والذى يتكون من النخاع المستطيل والتكوين الشبكى والقنطرة والمخيخ .

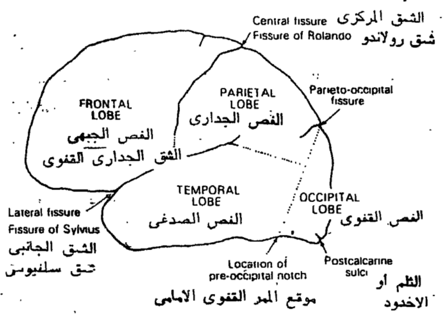
٢ ــ المخ الأوسط Midbrain : وهو منطقة صغيرة تقع مباشرة فى مواجهة المخ المؤخر ، وتشتمل على النصيب الأوفى من الجهاز الشبكى المنشط .

٣ ــ مقدم المخ Forebrain ويتألف من المهاد Thalamus وما تحت المهاد (الهايبوثلاموس) والمخ .

٤ ــ السحايا أو أغشية الدماغ .

٥ ــ شبكة معقــدة محكمة من الأوردة الدموية التى تزود المخ بالأوكسوجين .

ولكن الطبقة اللحائية المعروفة بقشرة الدماغ هى التى استولت على القدر الأعظم من اهتمام علماء النفس .



شكل (٧ ــ ١) : منظر جانبى للمخ ، يبين المناطق اللحائية الرئيسة

والطبقة اللحائية متماثلة فى جانبيها ، وباستثناء أمور معينة فان التركيبات فى كل نصف كرة من نصفى المخ مرتبطة بوظائف النصف الجانبى المعاكس من الجسم ، فشلل الجانب الأيمن من الجسم مثلا يرتبط عادة باصابة النصف الأيسر من كرة المخ ، فى حين يرتبط شلل الجانب الأيسر عادة باصابة النصف الأيمن من المخ .

ويستثنى من تلك القاعدة بعض الوظائف الأخرى والتى هى أكثر جدارة بالذكر هنا من غيرها ، فمنها اتخاذ النطق واللغـــة موقعهما فى النصف المسيطر من المخ ، والذى يتمركز عادة فى نصف الدماغ الأيسر بالنسبة للأفراد الذين يستعملون يدهم اليمنى عادة . وكذلك تمركز المواقع البصرية والمكانية فى النصف غير المسيطر من المخ . كذلك فقد وصـــف الجانب المسيطر من الدماغ بوصفه وسيطا محـــدثا للتفكير التحليلى ، بينما وصف الجانب غير المسيطر من الدماغ بوصفه وسيطا مسهلا للعمليات التركيبيـــة التأليفية وعمليـــات الاغـــلاق **Closure** (**Nebes, 1974**) . أما بالنسبة للاصابة المخيـــة المحصورة فى نصف واحد من المخ فانها ترتبط بنواحى قصور فى الوظائف النفسية المقابلة

لها . وبالاضافة الى تأثيرات تمركز وظائف المخ فى أحد جوانبه ، فان كل نصف جانبى منه يتكون من أربعة فصوص: الفص الجبهى Frontal الفص الصدغى Temporal الفص الجدارى Parietal الفص المؤخرى Occipital (القذالى ، القفوى) . وكل واحد من هذه الأربعة مرتبط بوظائف اجتماعية أو نفسية معينة .

وتعد الفصوص الجبهية أكثر أجزاء المخ حداثة من حيث نشأتها وتطورها ، كما ارتبطت فى بداية نشأتها بالوظائف العقلية العليا وبخاصة الذكاء . من ناحية أخرى فان البحوث اللاحقة قد أثبتت أن النتيجة الرئيسة المترتبة على اصابة الفصوص الجبهية من المخ هى قصــــور الدافعية وضعفها فى المريض ، والذى يبدو فى صورة اخفاقه فى البدء فى سلوك موجه نحو هدف مؤكد أو فى التحكم فى هذا السلوك وضبطه . (Luria & Homskaya, 1964) وفى ضعف الحكم والنظر فى العواقب، وفى ابطال الكف وأخيرا فى سطحية الوجدان وضـــحالته (Benson & Geschwind,1975) .

ويرتبط معظم اللحاء الذى يغطى الفص الصدغى بالسمع وبالذاكرة السمعية . وضمن الطية أو الثنية Fold الداخلية من كل فص تتمركز أبنية قرن آمون Hippocampus المستخدمة فى كل من العمليات التسجيلية وعمليات الدمج Consolidation (Barbizet, 1963 ; Nauta, 1964) ويعد الفص المخى نفسه موقعــا عاما للاثارة والتنبيه مما يؤدى الى استذعاء الخبرة السابقة وتذكرها (Penfield & Perot, 1963) .

وقرن آمون جزء من الجهاز الطرفى Limbic system الذى يشتمل على الأجسام الثديية Mamillary وأجزاء مختلفة من مهاد المخ.وترتبط الأعطاب Lesions المنتشرة التى تستغرق تلك البنيات أو التركيبات مع نسيان كل من الأحداث القريبة والبعيدة (Lezak. 1976) .

ويرتبط صرع الفص الصدغى ، والصرع النفسى الحركى ، والنوبات النفسية الحركية — والتى تتميز بنشاط كهربى شاذ فى المخ ينشأ أصلا داخل الفص الصدغى — معمجموعة كبيرة من الأعراض المعرفية ، والوجدانية ، والارادية •

ويتم غالبا النظر الى الفصين الجدارى والقفوى معا نظرا لعدم وجود خط تشريحى واضح يفصل بينهما • ويختصان بصفة جوهرية باستقبال التنبيهات الحسية وتكاملها أو دمجها • وأى اصابة تقع فى تلك المنطقة الجدارية من المخ يرتبط بقصور عمليات عقلية معرفية أو تفكيرية كالكلام والعد أو الحساب (Zangwill, 1969) والتوجه المكانى (Semmes, Weinstein; Ghent & Teuber, 1963) .

ومعظم التأثيرات الناجمة من اصابة الفص القفوى تعتبر بوضوح تأثيرات متصلة بالأعصاب أو البصر ، على الرغم من أن بعض الهلوسات البصرية قد وردت فى التقارير الخاصة (Benson & Geschwind; 1975) .

مدى الاصابة وشدتها Extent & severity

يمتد مدى الاصابة المخية بحيث يشمل عددا من المراكز المخية المختلفة التى تغزوها تلك الاصابة ، وبحيث يكون عدد العمليات الاجتماعية والنفسية المتأثرة بها مطابقا لعدد تلك المراكز المصابة • من ناحية أخرى فان شدة تلك الاصابة سوف تكشف عن نفسها فى نطاق ما يصيب أى عملية من تلك العمليات من قصور •

وفى الممارسات الطبية النفسية قد يمكن تصور مدى الاصابة وشدتها بالنظر اليها فى اطار من معرفة مدى تجمعها مقابل انتشارها وتفرقها ، ومعرفة حدتها وخطورتها مقابل ازمانها ودكثها على التوالى• وان تشخيص الاصابة المخية الحادة — على العكس من الاصابة المخية المزمنة أو الممتدة — يتضمن أيضا اصابة ذات بداية حديثة بحيث يمكن

عكسها والتخلص منها ٠

عمر المصاب عند ثبوت الاصابة وتأكدها

ينظر الى القصور النفسى عادة بوصفه مشيرا الى ذبول وانخفاض فى الوظيفة أو الفعالية التى كانت سابقا فى مستوى أعلى ٠ من ناحية ثانية فان الاصابة المخية ، أو الظروف المليئة على نحو كبير بالضغط والاجهاد والتى يعانيها الفرد قبل الميلاد أو أثناءه أو بعده بقليل قد تؤدى الى خلل أو قصور مؤقت أو دائم ، بمعنى أن النمو العادى سوف يعاق عن التقدم و سوف يتأخر بدرجة شديدة ٠

ولكن ظاهرة كهذه من الصعب دراستها نظـرا للمشكلات التى يستلزمها الحصول على بيانات ثابتة فى مثل هذه الأعمار الصغيرة جدا والاستجابات المحدودة لحديثى الولادة ٠ ومع ذلك فانه قد ثبت أنه اذا تأكد الأذى أو الضرر فى عمر مبكر فان النتائج السلوكية تميل الى الافتقار الى ملامح معينة ، كما تميل الى التعميم بشكل أكبر ٠

ويعد عمر المريض العامل الرئيس على الأرجح فى تحديد مقدار الشفاء من الاصابة المخية المحدودة فى تقدمها وتفاقم خطرها ٠ فهناك تنبؤ بمآل جيد للمرضى دون الثلاثين من العمر بصورة أفضل ممن هم فوق الثلاثين (Lezak, 1976) ٠

بقاء الاصابة ودوامها Duration

ان تأثيرات الاصابة المخية على السلوك قد يتوقع تغيرها مع مرور الوقت لا بسبب أى تجدد فى النسيج العصبى ، بل لأن بعض أنواع تلك الاصابة تقدمية تدريجية فى طبيعتها ٠ وبشكل استبدالى ، فانه يمكن لشخص ما أن يعيد تعلم المهارات ، كما أنه من الممكن للأجزاء

السليمة فى المخ أن تتولى العناية بوظائف الجزء المصاب ، وتلك عملية يشار اليها بوصفها « وظيفة أو أداء بديليا » Vicarious Functioning كذلك فان هناك امكانية قيام الفرد باخفاء التأثيرات الاجتماعية الناجمه عن الاصابة وسترها بحيث تصبح غير واضحة من خلال تطويره واستخدامه لسلوكيات تعويضية .

شخصية المريض قبل وقوع الاصابة Premorbid Personality

ان امكانية اللجوء الى سلوك تعويضى كعملية متميزة عن التأثيرات المحررة هى تسليم بامكانية اللجوء الى نوع ما من التوافق الارادى Volitional أو بتعبير أكثر عمومية هى تسليم بامكانية قدرة متغيرات الشخصية على التلطيف والتخفيف من تأثيرات الاصابة المخية .

ومن الممكن أن نميز بين أسلوبين مختلفين لتأثيرات شخصية المريض قبل حدوث الاصابة المخية به على تأثيرات تلك الاصابة بعد وقوعها . فوجهة النظر المتشددة تركز على ما فى تأثيرات الاصابة المخية من تماثل واتساق مؤكدة أن تلك الاصابة تؤدى الى تأثيرات عنيدة قاسية ، وأن تلك التأثيرات يتم تحديدها وتقريرها — بشكل كامل — بمعرفة موضع الاصابة وحجمها وطبيعتها . أما وجهة النظر المتساهلة فانها تركز على الفروق الفردية مؤكدة بأن تأثيرات الاصابة المخية يمكن تعديلها — اذا لم يتم تحديدها — عن طريق شخصية الفرد قبل وقوع تلك الاصابة ونزولها به (Teuber, 1960) .

وتمثل وجهة النظر المتساهلة آراء الأناس العاديين المرسلة على البديهة ، اذ تحاول الاقناع بأن شدة التأثيرات الاجتماعية والنفسية الناجمة عن الاصابة المخية تعتمد على ما لدى المريض من «دافعية» ، أو على مدى ترحيب الفرد باتخاذ الدور الاجتماعى للمريض طبقا

لتصور « توماس سابس » ، وذلك متوقف بدوره على مفاهيم عقلية معرفية مثل الذكاء كموهبة طبيعية ، والتربية ، والتعلم الاجتماعى الذى وقع فى ظل ظروف أخرى غير ملائمة أو مؤاتية ، وحتى مثل تلك المفاهيم الارادية « كالرغبة فى الحياة والعيش » •

وقد استمدت وجهة النظر المتساهلة تأييدها الرئيس من الحكايات والنوادر المتعلقة بالفروق الفردية فى القدرة على « الكف عن شرب الكحوليات » ، وقدرة بعض الناس على القيام بأدوارهم الاجتماعية برغم ما يعانونه من قصور أو ضعف بدنى رئيسى • ولكل رياضة مهمة تقريبا قصة تدور حول شخص ما استطاع اكمال لعبة خطيرة على رجل مكسورة • كذلك فقد استمدت بعض الدعم والتأييد من التجارب المتعلقة باثارة المخ وتنبيهه ، والتى أوحت بأن السلوك الذى يمكن انتزاعه عن طريق الاثارة لا يمكن التنبؤ به بدقة من معرفة الموقع التشريحى للقطب الكهربى Electrode فحسب ، وأنبعض الميل الى الاستجابة الذى يميز الحيوان يسهم على الأرجح اسهاما مهما فى النتائج (Valenstein 1973) .

وقد قام «تيوبير» (Teuber,1960) بنقد البرهان المتوافر عن دور الشخصية ومراجعته قبل وقوع الاصابة من حيث علاقتهـا بالاصابة المخية • وقد مال الى حد أبعد نحو وجهة النظر المتساهلة حيثما وجد دليل أقل ، ولكنه أكره على قبول وجهة النظر المتشددة حيثما توافرت له بيانات موضوعية وكمية • ومع ذلك فان هذا الدور قد يعتمد على الجزء المصاب من المخ •

ولتفادى الوقوع فى خطأ الاثنينية (القول بوجود مبدأين أساسيين ليس غير : هما العقل والجسد) فانه يجب النظـر الى «الشخصية» والمتغيرات العديدة المتنوعة للشخصية بوصفهما وظيفتين من وظائف،

المخ . وان قضية تأثير شخصية المريض قبل المرض على نتائج الاصابة المخية تصبح عندئذ قضية المدى الذى يمكن فيه لجزء واحد من المخ ــ وهو الجزء الذى يحــدد الشخصية ــ أن يقوم بتهــدئة تأثيرات الاصابة على جزء آخر وتخفيفها ، والى أى مدى يمكن لأجزاء المخ المعافاة السليمة تحمل أعباء وظيفة الأجزاء المصابة .

ان تأثير شخصية المريض قبل المرض على آثار الاصابة المخية تطرح قضية أكثر أهمية وأساسية فيما يتعــلق باستراتيجية البحث المستخدمة . فقد أيد «تيوبير» (Teuber, 1960, P. 329) ضمنيا المنحى الجمعى(*) عندما أشار الى « أننا لا نعلم حتى الآن الا قدرا ضئيلا جدا عن التأثيرات المنتظمة للاصابة المخية لدرجة أن أى مناقشة للفروق الفردية تعد غير ناضجة » . وقد أصبحت هذه الطريقة هى السائدة فى البحوث والدراسات النفسية منذ أن أحل «واطسون» والسلوكيون فى بحوثهم طرقا أكثر موضوعية محل الاستبطان . وقد صممت معظم التجارب التى أجريت فى علم النفس المرضى بحيث توضح السمات العمومية المشتركة أو التأثيرات المنتظمة لا الفروق الفــردية . وقد أعترض كل من «أولبورت» (Allport, 1937) و «ويليامز» (Williams, 1960) وأيزنك (Eysenck; 1966) على هــذا التأكيــد ، وأيدوا اما استخدام المنحى الفردى(**) أو ضم الطريقتين الجمعية والفردية .

(*) المنحى الجمعى Nomothetic approach يهتم بصياغة القوانين العامة بوصفها هدف المنهج العلمى ، كأن يدرس متغيرا واحدا لدى عدد كبير من الأفراد بهدف اكتشاف القوانين العامة أو اسس السلوك (المراجع) .

(**) المنحى الفردى Idiographic هو الدراســة المتعمقة للحــالة الفردية ، مع التركيز على تفرد كل شخص فى سماته وسلوكه (المراجع) .

الكيميـاء الحيـوية

تفترض نظريات الكيمياء الحيوية Biochemistry فى بحثها عن سبب المرض العقلى أن السلوك الشاذ ناجم عن مجموعة أنواع من الشذود فى التركيب الكيميائى الحيوى للفرد أو فى فعاليته ووظيفيته .

ومن المرجح أن أقدم المحاولات التى سجلها التاريخ فى ربط بنية الجسم ووظيفته بالشخصية قد ارتبطت «بهيبوقراط» (٦٤٠ — ٣٣٧ ق.م) . وقد قام «جالين» (١٣٠ — ٢٠٠ ب.م. تقريبا) فى وقت لاحق بتطوير نظرية «هيبوقراط» — المعروفة بنظرية الأخلاط — الى تفسير بنيوى شامل للعلاقات بين الجسد والسلوك .

ولكن «هيبوقراط» و «جالين» لم يكونا على معرفة بالكيماويات الحيوية ، فالجسد بالنسبة لهمـا مركب من مواد أو عنـاصر كالدم والصفراء والبلغم . ومع تقدم المعرفة بالفيزيولوجيا الانسانية ونموها فقد نمت كذلك النظريات البيولوجية . وقد أوردت النظريات المعاصره المساوية لنظرية «هيبوقراط» الخلطية ، الهورمونات والاندورفينات والفيتامينات والتغذية .

الوظائف الغـدية Endocrine functioning

تعد الهورمونات محددا رئيسا لشكل الجسم وبنيته ، وهى مواد كيميائية يقوم الجسم بتصنيعها ، كما تقوم بالتحكم فى نماء جميـع الخلايا وتطورها ، ومن ثم أنسجة البدن وأعضاؤه . فكلهـا منتجه بواسطة الهورمونات أو الغدد الصماء والتى تتضمن الغدد : الصنوبرية والنخامية وجارات الدرقية والدرقية والصعترية، والأدرينالية، والجنسية أو التناسلية .

ويمكن لأى شذوذ فى الجهاز الهورمونى أن يؤدى الى تأثيرات

خطيرة على المظهر البدنى للفرد ، فالقزم والعملاق والمرأة الملتحية كلها أمثلة واضحة لما يمكن أن يحدث للجسم اذا اضطرب توازنه الهورمونى• كذلك فان هناك بعض التأثيرات النفسية المدعمة على نحو جيد بالوثائق•

فرط نشاط الغدة الدرقية Hyperthyroidism

ويشار اليه أحيانا بمرض «جريفز» Graves ، ويؤدى فرط نشاط تلك الغدة الى عدد من الأعراض الجسمية والنفسية التى تشبه الى حد كبير أعراض القلق : العرق والتيقظ والاهتياج مع نشاط حركى متزايد وشعور بالخوف من شر مرتقب •

ضعف الغدة الدرقية Hypothyroidism

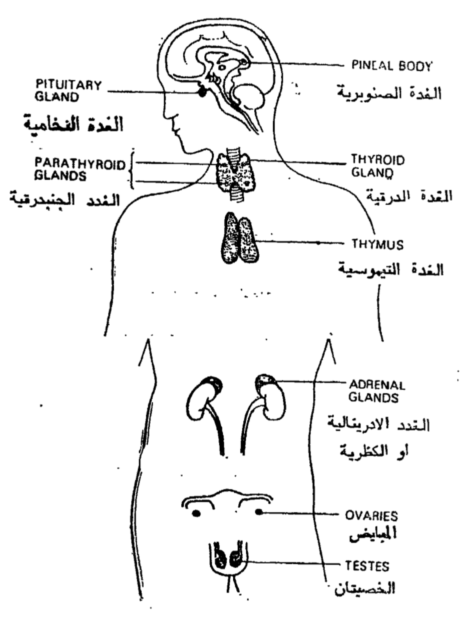
يؤدى ضعف نشاط الغدة الدرقية (الخزب myxedema) الى بطء العمليات العقليـــة والجسدية والتى يعانيها المريض فى صـــورة سبات وكسل وبلادة واجهاد واعياء بالاضافة الى الاكتئاب وقصور التركيز والذاكرة •

مرض أديسون Addison's disease

وهى أعراض وجدانية مصاحبة لضعف نشاط اللحاء الأدرينالى والمعروفة بمرض أديسون • وفى حين قد يصبح بعض المرضى به ضعافا مرهقين ، ومكتئبين منسحبين ، فان بعضهم الآخر قد يصبح قلق البال سريع الغضب والانفعال ، عنيفا قاسيا •

نظـريات التغـذية Nutrional theories

يعتمد المخ والجهاز العصبى المركزى والجهاز الهورمونى بل فى الحقيقة كل أجزاء الجسم على العمليات الكيمائية فى نموها وتطورها واستمرار وظائفها ، ويطلق على تلك العمليات «الأيض» Metabolism



شكل (٧ : ٢) الغـــدد الصـــماء

وبناء عليه فانه يمكن لنوعية الطعام والغذاء أن تكون عاملا مهما محددا لكيفية عمل الجسم وأدائه لوظائفه على نحو جيد .

ويحتوى الغذاء على خمس مواد أو عناصر رئيسة :

١ ــ المواد الكربوهيدراتية كالنشويات والسكريات •

٢ ــ المواد الدهنية (أو اللبيدات) •

٣ ــ البروتينات ، وهى مركبات كبيرة من الحامض الأمينى •

٤ ــ المعادن أو الأملاح غـير العضوية المشتملة على الحـديد والكالسيوم والفوسفورات •

٥ ــ الفيتامينات •

فاذا حدث قصور فى أى واحد منها أو كان موجودا بافراط فى الغذاء ولفترة ممتدة من الزمن فانه يمكن أن يؤدى الى حدوث تغيرات بدنية ونفسية • ولكن المواد الكربوهيدراتية والفيتامينات هى التى استولت على اهتمام معظم علماء النفس •

المواد الكربوهيدراتية Carbohydrates

اذا انخفض سكر الدم hypoglycaemia فان الفرد قد يعانى من صداع فى الرأس ، وارتباك وتشوش واجهاد وارهاق ، وارتجـاف وارتعاش ، ودوار ودوخة Dizziness • ومن الممكن أن يؤدى النقص أو القصور الممتد لفترة طويلة الى ضعف الجهـاز العصبى المركزى ووهن فعاليته بالاضافة الى الارباك والتشوش والتدهور العقلى وضعف الحكـم (Kleinmuntz. 1980) • كذلك فان زيادة الكربوهيدرات فى الغذاء قد يضاعف من حساسية الجهاز العصبى المركزى مما يؤدى الى التوتر والقابلية للاثارة والتهيج (Mahoney, 1980) •

الفيتامينات

ان افتقار غذاء الفرد الى مادة واحدة أو أكثر من المواد الفيتامينية (Avitaminosis) قد ينتج عنه اصابة أو ضرر فى الأعصاب ، وضجر

وتململ ، وتعب وارهاق ، كما قد يؤدى الى ابراز نواحى شذوذ سلوكية كانت فى الأصل كامنة خفية ، والى تفاقم نواحى شذوذ سلوكية واضحة مسبقا (Calhoun, 1977 ; Kleinmuntz. 1980) .

ويؤدى نقص فيتامين ب٣ (النياسين niacin) الى اضطراب يعرف بـ « البلاجرا أو الحصاف » • ومن أعراضه الرئيسة التهاب الجلد والاسهال ، مع القابلية للاثارة والتهيج وعدم استقرار الوجدان، والذى قد يكون مصحوبا بأوهام هذائية ، بل حتى بالهلوسات التى تتزايد تدريجيا بحيث تنتهى بالفرد الى الخبل أو العته (Spies, 1955 ;Meth, 1974) • وغالبا ما يذكر اضطراب « البلاجرا أو الحصاف » فى الطب النفسى المقوم للجزيئات •

الطب النفسى المقوم للجزيئات Orthomolecular psychiatry

وهو فرع معاصر من فروع علاج المرض العقلى • وقد بنى على افتراض مؤداه أن السلوك والتفكير الشاذين هما نتاج انعدام التوازن فى تركيب جزيئات الجسم ، كما افترض هذا الفرع كذلك (Pauling, 1973;p.v.i) أن « المرض العقلى هو مرض المخ ، وأن المخ نفسه فى حاجةالى العلاج بتغيير تركيبه الجزيئى » • وقد عرف العلاج بتقويم الجزيئات فيما بعد (Pauling; 1968; P.265) بأنه « عـــلاج المرض العقلى بتوفير بيئة جزيئية أفضل للعقل ، وبخاصة عن طريق التركيز الأمثل للمواد الموجودة بشكل عادى فى جسم الانسان » •

ويؤكد الطب النفسى المقوم للجزيئات بشكل بارز على الفيتامينات• وقد برر أنصاره مناقشاتهم بذكر أمراض نقص الفيتامينات وبخاصة البلاجرا أو الحصاف • وقد ارتبطت نشأته «بهوفر ، أوزموند» وآخرين (Hoffer, Osmond et aL, 1957) الذين أوردوا بعــض نتــائج

الاستخدام التجريبى المعملى لفيتامينى ب٣ ، ج (B_3,C) فى علاج الفصام • وقد ظل الفصام بؤرة تركزت فيها اهتماماتهم (انظر مثلا: (Hawkins & Pauling, 1973) •

ونظرا لأن الفيتامينات فى الطب النفسى المقوم للجزيئات توصف للمرضى لتتاولها بجرعات أكبر مما هو معتاد ، فان تلك الطريقة العلاجية قد وصفت بأنها « علاج بالمقادير الفيتامينية الضخمة » Megavitamin therapy • ولكن من الممكن اعتبار حركة الطعام الصحى الكلى جزءا من طب تقويم الجزيئات •

ويعد طب تقويم الجزيئات فى جوهره علاجا للمرض ووقاية منه عن طريق تعديل التكوين الكيمياوى الطبيعى للجسم ، كما أنه يعطى للتغذية دورا رئيسا (Williams & Kalita, 1977) • وفيما يتعلق بالنموذج س = د (م × ك) $R = F (S.O)$ أى أن الاستجابة دالة لكل من المنبه والكائن العضوى) ، فان الطب النفسى المقوم للجزيئات يؤيد تقوية متغيرات الكائن العضوى (ك) ، بينما يقوم الطب التقليدى بمهاجمة الكائنات المرضة (كالجراثيم مثلا) ، أو متغيرات المنبه (م) •

التغذية أثناء الفترة النمائية

يمكن لغذاء الأم أثناء الحمل أن يؤثر فى نمو طفلها ، اذ يمكن مثلا لنقص البروتين الممتد لفترة طويلة أن يؤدى الى ما يسمى بالحبن أو الاستسقاء الزقى Kwashiorkor ومن أعراضه الدالة عليه التبلد واللامبالاة ، وتأخر النمو وترديه ، والآفات الجلدية ، وضعف المقاومة للعدوى والميكروبات المعدية (Meth, 1974) • وقد ارتبط القصور الغذائى فى الأم كذلك بالتخلف العقلى • ونظرا لأن الفقر والحرمان يوجب غذاء غير مناسب أو ملائم فقد افترض بعض الباحثين أن

الأمهـــات ذوات الدخل المنخفض عرضـــة لانجاب أطفـــال متخلفين
(Caputo & Mandell, 1970 ; Naeye, Diener; Harcke & Blanc;
. 1971; Kaplan, 1972 ; Nathan & Harris, 1980)

اضطرابات الأيض(*)

كما سبق أن ذكرنا فان الطعام لكى يصبح طاقة للجسم ، ولكى يتحول الى أنسجة فعلية تسهم فى تأسيس بنية الجسم وقوامه فانه يجب أن يؤيض Metabolize (يصبح ميتابوليزميا) ، فاذا كان ذلك الأيض شاذا فان الغذاء العادى المتوازن قد لا يكون مناسبا أو ملائما . ومن الأمثلة الجيدة لذلك الاضطراب تلك الحالة المعروفة بـــ « الفينيل كيتونوريا » (PKU) .

حالة البول الفينيلكيتونى Phenylketonuria

ويعـــانى المصـــاب بهـــا من اضـــطراب فى عمليـــة الأيض ، اذ لا يمكنه تحويل الفينيل ألانين الى تيروزين . والفينيل ألانين أحد الأحماض الأمينية المستخدمة فى بناء بروتينات الجسم . ويؤدى العجز عن تحويله الى تيروزين الى اخفاق النمو العصبى وفشله ، كما يؤدى الى سمات مميزة لشكل الجسم وبنيته ، والى جملة أنواع من الشذوذ النفسى من بينها التخلف العقلى الذى يعد من أكثرها بروزا .

وبالنسبة للأطفال المتأثرين بتلك الحالة فان نموهم يسير بشكل عادى فى الأسابيع الأولى القليلة من حياتهم ، ولكنهم يتحولون بعد ذلك

(*) الايض Metabolism مجمـــوع العمليات المختصة بكل من بنـــاء Anabolism وهدم Catabolism البروتوبلازما أى الخـــلايا أو الأنسجة الحية ، ويتم عن طريق هذه العملية تامين الطاقة اللازمة للعمليات الحيوية ، فيتم تمثيل المواد الجديدة للتعويض عما تم هدمه وتكسيره (المراجع) .

الى البلادة والكسل والفتور واللامبالاة • أما بالنسبة للمرضى الذين لم يعالجوا منهفان ٧٠٪ منهم يظهرون صغرا فى الجمجمة Microcephaly وضآلة فى الرأس بشكل شاذ ، كما أن ٨٠٪ من هؤلاء المرضى تأتى الرسوم الكهربية لمخهم EEG شاذة غير سوية ، وتعاود ٢٥٪ منهم نوبات مفاجئة • وقامة معظمهم صلبة متيبسة مما يؤدى الى قصر خطواتهم • كذلك فان ٣٠٪ تقريبا عاجزون عن المشى أو لديهم ارتجافات وارتعاشات •

وفى مجال السلوك العام فان الطفل الذى يعانى من حالة البول الفينيلكيتونى يتميز بنشاطه الزائد وقابليته للتهيج والاثارة ، كما لا يمكنه التحكم فى مزاجه • أما بالنسبة للناحية العقلية الفكرية فان ما يربو على ٦٠٪ من هؤلاء الأطفال عاجزون عن الكلام ، ونسبة ذكاء حوالى ٦٥٪ منهم أقل من ٢٠ ، بينما تتراوح نسبة الذكاء بين ٢١ — ٥٠ بالنسبة لـ ٢٠٪ منهم ، وقد تصل الى أكثر من ٦٠ لدى أقل من ٢٪ منهم • كذلك فان ١٠٪ منهم يكشفون عن سلوك ذهانى • وقد يصحب الحالات التى تعانى من تخلف عقلى شديد ولع بالتحطيم أو التخريب، وايلام الذات والاضرار بها ، واندفاعية أو تهور ، وعجز عن التحكم فى نوبات الغضب التى تعترى هذه الحالات • أما بالنسبة للمرضى الذين يعانون من تخلف عقلى بسيط فقد يبدون اضطرابات مثل الهلوسات والميل الى الانعزالية والسلوك الذى لا يمكن التنبؤ به ، بالاضافة الى فترات من الاثارة والاهتياج (Rosenthal, 1970).

وفيما يتعلق بسماتهم الجسمية فانهم — بالاضافة الى صغر الجمجمة وضآلة الرأس — يتميزون بشعر ناعم أملس ، وعيون زرقاء، وجلد شاحب ضعيف • وقبل أن تصبح تلك السمات واضحة منهم فانه يمكن على كل حال تبين اضطرابهم والكشف عنه بتحليل عينة من بولهم • اذ ان عدم تحول الفينيل ألانين الى تيروزين يؤدى الى تحلله الى

حامض الفينيلبرافيك الذى يفـرز عنـدئذ فى البـول (Centerwall & Centerwall,1961) .

الدوبامين والاندورفين Dopamine and the Endorphin

نشأت نظريات كيميائية حيوية عديدة تتعلق بالأسباب المؤدية الى الفصام ، وقد ركزت اهتمامها جميعا على المواد التى تعمل مرسلات عصبية Neurotransmitters عند نقط الاتصال أو الموصلات العصبية Synapses بين الخـلايا العصبية • وقد كان « أوزموند ، سميثيز » (Osmond & Smythies,1952) أول من اقترحوا امكانية انتاج بعـض الناس لمادة مرسلة عصبية شاذة • وقد أقر «كيتى» (Kety, 1967) تلك الفكرة واتخذ منها أساسا لصياغة افتراضه عن التشبع بالميثيلامين المرسل عصبيا •

وقد أكدت النظريات القديمة على المسكالين Mescalin وثانى ايثيل أمين حامض الليسيرجى LSD أو عقار الهلوسة • وقد قدم اقتراح يقضى بأن الفصام قد يأتى نتيجة التشبع بمثيلامين شاذ من مواد منقولة عصبيا داخل المخ ، والتى ينتج عنها اضطراب عقلى يتسم بالهلوسة • وقد تم التحقق من صحة الافتراض باعطاء حامض نيكوتينى ونيكوتيناميد لتحويل مجموعات الميثيل Methyl من المرسل العصبى ، وبتلك الوسيلة نحول دون التشبع بالميثيلامين المرسل عصبيا • ولم ينظر الى نتائج هذا التحقق على أنها مرضية ، ولكن ذلك لم يكـن اختبارا صـادقا للافتراض • وبرغم ذلك فان افتراض التشبع بالميثيلامين المرسـل عصبيا قد أوجد طريقا للاهتمام بالمواد المرسلة الحادثة بشكل طبيعى ، مع وقوع التركيز أولا على الدوبامين ، الذى هو مرسل الأخلاط عصبية اشتق منها مخدر المسكالين المشبع بالميثانول المصـحح (Silverstone & Turner, 1978) .

وقد صيغ افتراض الدوبامين بناء على ما لوحظ من أن العقاقير

التى تخفف من النشاط الدوبامينى – مثل الفينوثيازين – هى عقاقير مضادة للذهانية (Creese, Burt & Lindquist, 1963) ، بينما العقاقير التى تزيد النشاط الدوبامينى – مثل الأمفيتامينز – تؤدى الى أعراض شبيهة بأعراض الذهان (Meltzer & Stahl. 1976; Creese, Burt & Snyder; 1978) • كذلك فقد أثبت فحص الجثث بعد الوفاة وجود مستويات مرتفعة من الدوبامين فى مناطق مختلفة من أمخاخ المرضى الفصاميين (Bird et al., 1977 ; Lee & Seeman, 1980) •

ان مدى تقدم المعرفة ورقيها منذ «هيبوقراط» ينعكس فى الافتراض والتسليم لا بالعناصر أو المواد فحسب بل بموقع الحدث ومكانه كذلك: فلقد افترض امكانية ارتبــاط الفصام بالنشاط الزائد فى مستقبلات الدوبامين خلف الموصلات العصبية (Lee & Seeman, 1980) • وكنتيجة لخــلل جينى وراثى فقد عد الفصاميون منتجين لمزيد من الدوبامين الهيدروكسى • ويؤدى ذلك الى أن يحيــق الضرر بجهــاز التشجيع العصبى فى المخ ، مما ينتج عنه بالتالى عجــز عن الاحساس باللذة Anhedonia فى مواقفها الطبيعية ، مما يعد حينئذ باعثا على حدوث الأعراض الأخرى المميزة للفصام (Stein & Wise, 1971 ; Wise & Stein, 1973) وخلال منتصف السبعينيات من هذا القرن، اكتشفت فى المخ مواد شبيهة بالمخدر Opiate-Like ، وتوجد فيه بشكل طبيعى بحيث أطلق عليها « اندورفينات endorphins » • وقد اقترح فى وقت لاحق أن تخليص الاندورفينات واطلاقها ربما كان مسؤولا عن توهمات الفصاميين (Snyder; 1977; Verebey; Volavka & Clouet, 1978) .

التركيب الوراثى Genetics

تفترض نظريات التركيب الوراثى المتعلقة بأسباب المرض العقلى حدوث السلوك الشاذ نتيجة لوجود شذوذ فى التركيب الوراثى للفرد •

المفاهيـــم الأساســية

اصطلح العلماء على تسمية المجموعة المتكاملة من المادة التى يرثها الفرد ، والتى لها تأثير مميز على نموه وتطوره بالجينـــة أو المورثة **Gene** • وتقوم الجينات جملة بتشكيل الصبغيات أو الكروموزومات **Chromosomes** وتكوينها • فكل خلية فى كل عضو مستقل من أعضـــاء جنس ما (باستثناء أنواع معينة بارزة كالأمشاج **Gamates** والكائنات الحية المفردة) تحتوى على مجموعتين من الصبغيات (الكروموزومات) الواقعة فى قلب تلك الخلية أى نواتها •

وتتفاوت النباتات والحيوانات المختلفة فى عدد ما تشتمل عليه من كروموزومات ، فللانسان ٤٦ كروموزوما أو ٢٣ زوجا منها • ويطلق على اثنين وعشرين من هذه الأزواج «الأوتوزومات(*) **Autosomes** أما الزوج المتبقى فانه يشـــتمل على كروموزومين متعلقين بالنـــوع (الجنس) بحيث يرمز الى أحدهما بـــ **X** والى الآخر بـــ **Y** ، ويملك الرجال واحدا من كل منهما ، أما النساء فانهن يملكن كروموزومين اثنين من نوع **X** •

ويتم النمو العادى عن طريق انقسام الخلايا أو ما يسمى بانقسام الخلية غير المباشر **mitosis** ، وخلال هذا الانقسام تقوم الجينات فى كل كروموزوم بمضاعفة نفسها ، بحيث يصبح الكروموزوم الواحـــد بأكمله مزدوجا • وتتلقى كل خلية من الخليتين الناتجتين عن الانقسام واحدا من تلك الكروموزومات المضاعفة ، بحيث تشتمل بالتالى على المجموعة الكاملة نفسها من الجينات والكروموزومات المطابقة لخليـــة الوالد •

(*) الاوتوزوم هو أى صبغى (كروموزوم) غير الكروموزومات المحددة للجنس (المراجع) •

ويتم انتاج المواد التناسلية التوالدية ــ البيض والسوائل المنوية ــ بواسطة نوع خاص من انقسام الخلايا يطلق عليه « الانقسام المنصف Meiosis » وأثنــاء هذا الانقسام تنقسم الخــلايا مرتين بعكس الكروموزومات فانها تضاعف نفسها مرة واحدة فقط ، بحيث ينتهى الأمر الى قيام كروموزوم واحد من كل زوج كروموزومى بتكــوين البيضة أو السائل المنوى •

نظريات التركيب الوراثى Genetic theories

قام « تشارلز دارون » Darwin وابن أخته : «السير فرانسيس جولتون » Galton فى منتصف القرن التاسع عشر بالتأكيد على أهمية الوراثة فى احداث الفروق فى الشخصية وابرازها • وقد كان لنشر كتاب « تشارلز دارون » « أصل الأنواع » (١٨٥٩) ، وتقبل الناس لأفكاره عن النشوء والتطور تأثيرا واسع الانتشار على التفكير العلمى •

فقد اعتقد «دارون» فى وجود مجال واسع من الفروق الفردية بين الحيوانات داخل نوع ما من الأنواع وفى كل مستوى من مستويات التدرج النشوئى النوعى ، وأن ذلك هو المعيار • وفى الحقيقة فقد كون «دارون» نظريته انطلاقا من ادراكه لتلك الفروق الفردية • وبالتالى فان تأكيده لا على وجود تلك الفروق فحسب بل على أهميتها الرئيسة كذلك يعد واحدا من اسهاماته الكثيرة فى علم النفس •

ومن الممكن أن نجد فى ما وضعه «لومبروزو» من نظريات مجموعة متضامة من أفكار علماء فراسة الجمجمة ــ مثل «جال» و«سبارزهيم» ــ وغيرها من أفكار «دارون» وابن أخته «جولتون» •

فقد أضاف « قيصر لومبروزو » (Cesare Lombroso, 1876, 1899) الى الافتراض الأساسى المتعلق بفراسة الوجه فكرته القائلة بانعكاس الشخصية أو الخلق فى هيئة الفرد أو مظهره الخارجى • وقد

ربط بين نواحى الشذوذ التشريحى — أو وصمات العار Stigmata — والانحلال التطورى • كما أكد آنذاك على ارتباط هذه الأنماط الوراثية المرتدة بالجريمة والاجرامية • وقد أنشأ مفهوم « النمط الاجرامى » الذى يمكن ادراكه لا من خلال سلوكه فحسب بل بهيئته ومظهره الخارجى كذلك ، والذى يعد من الناحية الوراثية أدنى درجة ومنزلة من غيره من الأفراد غير المجرمين أى المطيعين للقانون •

ولقد خطا الطبيب النفسى المجرى الأصل « ليبوت سوندى » (Szondi 1944; 1947a) الخطوة التالية الرئيسة بعد «لومبروزو» • فعبر فترة من الزمن امتدت الى أكثر من عشر سنوات قام «سوندى» بتطوير عدد من النظريات الوراثية والنفسية ، والتى انطلق منها الى تطوير اختبار للشخصية يحمل اسمه ، حيث سماه « اختبار سوندى » The Szondi Test (1947b) •

ويتكون هذا الاختبار من ثمانية وأربعين بطاقة تتضمن صورا فوتوغرافية وجهية لأشخاص يمثلون ثمان فئات تشخيصية طبية نفسية: وهى : اللواط ، السادية ، الصرع ، الهستيريا ، الفصام الكتاتونى ، الفصام الهذائى ، الاكتئاب ، الهوس • وقد قسمت البطاقات الثمانية والأربعون الى ست مجموعات تضم كل منها ثمان صور بحيث يتم تمثيل كل فئة من الفئات التشخيصية الثمانية مرة واحدة فى كل مجموعة• وعند تطبيق الاختبار يتم نشر كل مجموعة أمام المفحوص ، ثم يطلب منه التقاط صورتين أحب اليه مما سواهما ، وصورتين آخريين أبغض اليه من غيرهما •

وبمقارنة عدد الاختيارات الايجابية بعدد الاختيارات السلبية بالنسبة لكل فئة تشخيصية ، فانه يمكن بناء « مبيان تشخيصى » Diagnostic Profile للمفحوص بحيث يمكن عندئذ ترجمته الى مبيان للشخصية على ضوء الحاجات Needs التى يفترض فيها أن تشكل

الأساس للفئات التشخيصية الثمانية • فعلى سبيل المثال : تعد اللواطية أو اشتهاء المثــل تعبيــرا عن الحاجة الى الرقة أو اللين ، والأنوثة ، والحنان والعطف ، والسلبية أو الاستسلام • وهذه اللواطية بالانضمام الى السادية تعكس حاجة الفرد الى الذكورة ، والعدوان ، والحيوية أو الفعالية والرجولة ، لكى تشكل الموجه الجنسى **S-vector** ، بحيث يزودنا بدرجة الدافع الجنسى ومقداره •

ويتمثل الأساس النظرى الذى بنى عليه هذا الاختبــار فى أن الجينات أو الموروثات المتنحية **Recessive genes** ليست هاجعة ساكنة تماما ، ولكنها تقرر سلوك الفرد وتحدده ، بخاصة اختياره للموضوع المستهدف • وقد أشار «سوندى» الى هذه الفكرة بوصفها « الانتحاء الوراثى **Genotropism** » ، وعده مقررا ومجددا لاختيار الفرد لأنماط حبه ، ومثالياته ، وصداقاته ، كما يكشف بتلك الوسيلة عن شخصية ذلك الفرد •

وقد بالغت النظــريات القديمــة المهتمة بالعــلاقة بين الموروثات والسلوك فى تبسيط ما يعد سلسلة معقدة من الأحداث بين مورثة واحدة أو أكثر والبيئة • وعلى العموم فانه يمكن التعبير عن النظرية أو الفكرة كما يلى :

مورثات ←كيماويات حيوية ← وظائف أعضاء ←سلوك/شخصية

بل ان الحقيقة القائلة بأن هناك فى أى وقت سلاسل سببية لا تعد ولا تحصى فى مراحل النمو العديدة المتنوعة ، وأنها تتفاعل غالبا بعضها مع بعض يجعل حتى هذا التمثيل مبسطا تبسيطا مبالغا فيه •

وانطلاقا من هذه الوجهة فان هناك ثلاثة فوارق مهمــة لابد من اقامتها وهى : الفارق بين مورثة وحيــدة متفردة والوراثة المتعــددة

الأصول ، والفارق بين الاضطراب المحدد جينيا أو وراثيا والتهيؤ أو الاستعداد المحدد جينيا أو وراثيا لنشأة اضطراب ما ، بالاضافة الى الفارق بين الوراثة والطفرة Mutation ويقصد بهاما يحدث من تغـير افتراضى مفاجىء •

المورث المتفرد الوحيد فى مقابل الوراثة المتعددة الأصول

طبقا لعدم امكانية تنظيم المخ الى أجهزة متطابقة مع الصـفات أو الأسماء النفسية فان المورثات وما لها من تأثيرات بدنيـة ونفسية اجتماعية قد تأتى كذلك متعارضة متنافرة مع بعضها بعضا ، فالذكاء مثلا ينظر اليه الآن بوصفه معتمدا على مجموعة منوعة من الأبنيـة المخية ، ومجموعة منوعة من المورثات المختلفة • ولكن هذه الطريقـة ليست هى الوحيدة التى يمكن أن تحدث بها الوراثة المتعددة الأصول •

وليس للمورثات تأثيرات ميكانيكية أو سببية محتومة على بنيـة الكائن الحى ، اذ تمارس تلك المورثات تأثيرها بشكل نمـوذجى أثناء النمو ، كما أنها أوليات تبتدأ بها سلاسل من الأحداث ، اذ تقع كل منها فى اطار من سلاسل الأحداث المبدوءة بواسطة مورثات أخرى •

وبطريقة تذكرنا بمفهـوم «أرسطو» عن العـلل الأربع ، فان الاختصاصيين فى علم الوراثة قاموا فى وقت لاحق بتصنيف المورثات الى فئات أربع رئيسة طبقا لما تقوم به من دور فى بناء البروتين :

١ ــ مورثات تقوم بتحديد البنية الخاصة أو النوع الخاص من البروتين •

٢ ــ مورثات تقوم بدمج البروتين فى بناء الخلايا •

٣ ــ مورثات تقوم بالتحكم فى الأجهـزة التى يستجيب لهـا البروتين •

٤ — مورثات تقـوم بالتحكم فى الوقت الذى يتم فيه تنشيط الأنواع الأخرى من المورثات .

٥ — برمجـة تتـابع الأحداث وتسلسلها فى تمييز الخـلايا (Rosenthal, 1970) .

وقد نتج عن تصنيف المورثات بتلك الطريقة هدم التقسيم الثنائى البسيط بين الوراثة والبيئة ، نظرا لأن كلا من الكائن الحى والبيئة نتاجان لا محالة للفعل المحدد وراثيا بشكل مسبق (Eidusan & Geller, 1962) . ولذلك فان المعادلة س=د (م×ك) R = F (S.O) (الاستجابة دالة لكل من المنبه والكائن العضوى) يجب تغييرها بحيث تقرأ كما يلى :

س=د (م (م (م (م×ك)))) R = F (S(S(S(S.O))))

حيث : س R = الاستجابة ، د F = دالة ، م S = منبه ، ك O = الكائن العضوى .

مع ارتداد المتغير (ك) الى تتابع التفاعلات بين (م×ك) الى أن يتم تخفيض (ك) الى مورث بنيوى أو حتى الى مقوماته الكيميائيـة الأساسية ، وبعد ذلك تعدل مرة ثانية طبقا لاظهار المتغيرات الرئيسة(م) بوصفها نتاجا لتفاعلات (م×ك) المتضمنة فى المورثات التكاملية والمورثات الضابطة .

الاضطراب الوراثى فى مقابل الاستعداد الوراثى

غالبا مايتم التفريق بين الاضطراب الموروث والتهيؤ أو الاستعداد الموروث لتطوير اضطراب ما ، وفى بعض الأحيان يشار اليهما بنظرية « الأصل الأحادى — الكيميائى الحيوى » Monogenic-biochemical ونظرية « القابلية أو الاستعداد مقابل الانعصاب » Diathesis-Stress على التوالى (Rosenthal, 1970) .

وهذا التفريق شبيه بمشكلة تقرير ما اذا كان الاضطراب يعرف بوصفه اما سببا أو نتيجة أو أعراضا سلوكية ، كما يشبه مشكلة التفريق بين القلق الكامن والقلق الظاهر الصريح • ولكن اذا أخذنا فى الاعتبار كلا من تعقد التفاعل بين المورثات والبيئة وضرورة هذا التفاعل فان الفرق بينهما يبدو فارقا فى الدرجة أكثر منه فى النوع • فكلما كان تأثير البيئة أعظم عظم احتمال العلاقة الموصوفة بأنها ناجمة عن « القابلية — الانعصاب » والموصوفة كذلك بقبولها بوصفها موضوعا منطقيا لعلم النفس والطب النفسى • وكلما كان تأثير البيئة أقل وتأثير المورث أعظم عظم احتمال العلاقة والموصوفة بأنها علاقة « أحادية الأصل — كيمائية حيوية » ، وبأنها اذن محل اهتمام أساسى لدى البيولوجيا أو علـــم الأحياء •

الوراثة فى مقابل الطفرة

يقصد بالوراثة Inheritance انتقال المورثات من الوالد الى الطفل ، أما الطفرة Mutation فهى تغير مفاجىء وثابت نسبيا بحيث يحمـــل الطفل اما عناصر فى تكوينة الوراثى غير موجودة لا فى والده ولا فى أمه، أو يحمل مجموعة شاذة مؤلفة من تلك العناصر • ومعظم الطفرات تغيرات فى المورثات الفردية ، ولكن بعضها تغيرات أو تبدلات تركيبية عامة فى الصبغيات أو الكروموزومات ، أو تغيرات فى أعداد الصبغيات برمتها فى كل نواة • ونظرا لأن التفريق بين الوراثة والطفرة يحمـــل مضمونات للوقاية فانه ملائم لتصنيف الخصائص المحددة وراثيا •

مظاهر الشذوذ المحـــددة وراثيا

على الرغم من تعقد التفـــاعل بين المورثات والبيئـــة فانه يمكن تصنيف التأثيرات الوراثية على السلوك بوصفها نتاجا اما للطفرة أو

للوراثة ، وبوصفها مورثات مسيطرة أو متنحية •

الطفرات : الصبغيات الأوتوزومية

قد يحدث فى بعض الأحيان ألا ينفصل زوج من الصبغيات أثناء الانقسام النصفى ، فاذا حدث ذلك فان بيضة واحدة أو حيوانا منويا واحدا سيحمل صبغيا اضافيا ، بينما سيكون الآخر ناقصا صبغيا واحدا، فاذا حدث ذلك مع صبغى أوتوزومى (الذى لا يحدد الجنس) فان غياب ذلك الصبغى سيؤدى الى اخفاق البيضة الملقحة فى النمو والبقاء حية • ومن ناحية أخرى من الثابت أن وجود صبغى اضافى يؤدى الى أنواع من الشذوذ • ومن أشهر الأمثلة لذلك « زملة داون » •

زمــلة داون

سميت « زملة داون » Down's Syndrome بهذا الاسم بعــد الطبيب البريطانى «ج• لانجدون داون» Down (١٨٦٦ تقريبا) الذى اقترح أن تؤدى السمات المميزة والتركيبات الوجهية لأنواع مختلفة من المتأخرين عقليا الى تصنيفهم على أساس من مجموعاتهم العرقيــة ethnic العادية • ومن بين هذه المجموعات تلك المجمــوعة المنغولية Mongolism وبرغم أن بقية تصنيف «داون» سرعان ما هجرت وانطوى ذكرها فان الفئة المنغولية مازالت حية باقية •

ويتميز الأفراد الذين يعانون من زملة «داون» بتأخر فى النمو ، وبعدد من السمات البنيوية المميزة لأشكالهم مثل : أصابعهم وراحة كفهم غير عادية ، وكذلك باطن قدمهم ، وأياديهم قصيرة ، ورؤوسهم صغيرة • وألسنتهم مشققة وبارزة خارج الفم ••• الخ • كذلك فانهم قد يعانون من اضطرابات فى القلب وفى الجهازين التنفسى والعصبى • كما تبدو الرسومات الكهربية للمخ (EEG)لدى ٧٥٪ منهم شاذة غير

عادية • وفى المجال الفكرى فان قدرتهم اللغوية قاصرة ضعيفة عادة ، كما يتراوح متوسط نسبة ذكائهم IQ بين ٣٠ — ٤٧ درجة • وبرغم تلك المظاهر من قصورهم وضعفهم فان لديهم بصفة عامة استعدادا مؤاتيا ، كما يميلون الى الاستجابة لبيئاتهم بدرجة عالية وبقوى وقدرات على التقليد والمحاكاة ، وحب الموسيقى والايقاع الموسيقى (Penrose, 1961 ; Smith &Berg, 1976) •

ولفترة طويلة من الوقت ظل الشىء الوحيد المعروف تقريبا عن السبب المؤدى الى أعراض «داون» هو حقيقة أن أمهات هؤلاء الأطفال كن أكبر من المتوسط العام للعمر • ففى حين كان متوسط عمر المرأة فى المجتمع العام للنساء الوالدات ٢٨٫٥ عاما تقريبا ، كان متوسط عمر الأمهات الحوامل لأطفال يعانون من زملة «داون» حوالى ٣٦٫٦ عاما (Rosenthal, 1970) ، مع احتمال مضاعف لولادة طفل من هذا النوع لدى المرأة الحامل بمثل هذا الطفل فى كل خمس سنوات بعد بلوغها عمر الخامسة والثلاثين •

وفى عام ١٩٥٦ ورد لأول مرة تقرير يفيد بأن الانسان يحمل ٤٦ كروموزوما (Tjio & Levan, 1956) ، وبعد ذلك بثلاثة أعوام ورد تقرير يفيد بأن الطفل الذى يعانى من « زملة داون » يحمل ٤٧ صبغيا (Lejeune, Gautier & Turpin, 1959) كما أعلن عن أشكال مختلفة أخرى ، ولكن ٩٢٪ من حالات « زملة داون » يعدون الآن حاملين لصبغى رقم ٢١ الثلاثى ، أو — بعبارة أخرى — لثلاثة صبغيات من النوع الواحد والعشرين (Rosenthal, 1970) ان السبب الرئيسى لهذا التضاعف الثلاثى trisomy يكمن فى اخفاق أحد الأزواج الصبغية فى الانفصال بشكل ملائم أثناء عملية الانقسام النصفى بحيث يحمل أحد الأمشاج Gamates ٢×٢١ (الصبغى رقم ٢١) ، بينما يحمل الآخر صفر×٢١ • وعلى الرغم من التركيز قديما على الأم فانه قد يتم

اكتساب الصبغى الاضافى من الأب (Sasaki & Hara, 1973, Uchida, 1973 ; Stene et al., 1977 ; matsunaga et al., 1978)

وبعد مرور عامين على الاكتشاف الأولى للصبغى الاضافى فقد أعلن أن هؤلاء المرضى يكشفون كذلك عن ضعف أو قصور فى الأيض التريبتوفانى tryptophan وهو حامض أمينى متبلر) ، كما أثير تساؤل حول احتمال وجود ضعف أو قصور مصـــاحب فى مادة السيروتونين Serotonin فى المخ (Lejeune & Turpin, 1961) • ولذلك فان الآلية (الميكانيزم) التى تعد أكثر احتمالا لتفسير « زملة داون » تتضمن خللا وظيفيا فى الانزيم المضبوط وراثيا ، بحيث يكون باعثا على حدوث نمط شائع من أنواع الشذوذ البدنى والسلوكى •

وقد أثيرت كذلك امكانية معالجة « زملة داون » كيميائيا ، والتى تشبه العـــلاج المستخدم ذاته مع حالات الفينيل كيتونوريا (PKU) ولكن لم يتم حتى الآن أى تقدم فى هذا المجال •

الطفرات : الصبغيات الجنسية

عندما تخفق صبغيات الجنس (النوع) فى الانفصال أثناء عملية الانقسام النصفى فانه ينشأ عن ذلك اضطرابات عديدة اعتمادا على الاتحاد الناتج • ولم يوجد حتى الآن أى فرد لا يحمل الصبغى X ، ولكن الائتلافات الأخرى قد لوحظت جميعا •

غياب الصبغى Y : زملة تيرنير Turner's syndrome

كان «تيرنير» أول من وصف تلك الأعراض ، وذلك فى عام ١٩٣٨• فالفرد الذى تبـــدو عليه « زملة تيرنير » هو من الناحيـــة الوراثية الظاهرية أنثى ، ولكنه يفتقر الى النسيج المبيضى • وتتضمن الخصائص النفسية لمثل هؤلاء الأفراد نسبة ذكاء لفظى عالية بالمقارنة الى ذكائهم

العملى أو الأدائى ، كما تتضمن انعدام الميول العدوانية وغيابها فيهم. من ناحية ثانية فانه ليس من الواضح الى أى مدى يقوم الشـــذوذ الجينى (الوراثى) بتحديد تلك الخصائص النفسية وتقريرها بشكل مباشر ولو بأسلوب مشابه لاصدار السلوك عن طريق الاصابة المخية. كذلك فانه ليس واضحا الى أى مدى يقوم هؤلاء الأفراد بمحاولات تعويضية للتوافق اجتماعيا مع أعراضهم البيولوجية .

الصبغي X الاضافى : زملة كلاين فيلتير Klinefelter's Syndrome

يعد « كلاين فيلتير » وزملاؤه (1942) أول من قاموا بوصف هذه الأعراض ، فالفرد الذى تبدو عليه « زملة كلاين فيلتير » هو ذكر من الناحية الوراثية الظاهرية، ولكنه يعانى من نمو مضاعف فى ثدييه ، كما يفتقر الى تكون الحيوانات المنوية . ويعانى ٢٥٪ ممن تبدو عليهم هذه الأعراض من ذكاء محدود ، ولدى كثير منهـــم مشكلات توافقية مرتبطة باللواطية ، بالاضافة الى مجموعة متنـــوعة من الاضطرابات السيكياترية الأخرى والتى تبدو تعويضية فى طبيعتها ، كما تميز عقليتهم وشخصيتهم (Swanson & Stipes, 1969) ويحمل الأفراد الذين تتوافر فيهم هذه الزملة صبغيا جنسيا واحدا أو أكثر ، كما تحمل نسبة منهم تتراوح بين ستين الى سبعين فى المائة YXX بالاضافة الى ما أوردته التقارير من حملهـــم لمجمـــوعات نوعيـــة كاملة مثـــل YXXX , YXXXX ، YYXX ، YYXXX . وتعد الأشكال المختلفة التى تحمل اثنين من الصبغيات Y أقل تلك المجموعات النوعية شيوعا على الأرجح (Rosenthal, 1970) .

الصبغى Y الاضافى

لقد أظهرت الدراسات المهتمة بالسيكوباتية أو الاعتلال النفسى ميل اضطراب الشخصية السيكوباتية الى الحدوث بين الذكور بنسبة

أعلى من الاناث • وقد استنتج من هذا أنه اذا كانت السيكوباتية موروثة فان الصبغى Y ربما كان عاملا مسهما فى ذلك •

وقد أورد « جاكوبس » وآخرون (Jacobs et al., 1965) فى تقرير لهم وقوع عدد غير عادى من الذكور الذين يحملون الصبغى المتمم لرقم ٤٧ (XYY) ، وذلك فى مستشفى الولاية الاسكتلندى • وهذا التقرير بالاضافة الى التقرير الذى أورد حمل «ريتشارد سبيك» المدان بجرائم قتل متعددة لصبغى Y الاضافى (montague, 1968) — هذا التقريران — قد أثارا اهتماما كبيرا بتكرر مثل هؤلاء الذكور بين الرجال فى المستشفيات والسجون المحاطة بدرجة عالية من الأمن والحماية • ولكن على الرغم من أن معدلا كبيرا لوقوع حالات الذكور XYY بين مجموعات من المجرمين والمذنبين المضطربين عقليا والمقيمين جميعا فى مؤسسات — على الرغم من قبول هذا المعدل — فان طول القامة هى السمة الوحيدة المرتبطة بالصبغى الاضافى Y والى تبدو مدعمة بالأدلة والبراهين (Witkin et al., 1976) •

سيطرة السمة Trait dominance

اذا قامت المورثات بتحديد سمة ما أو سلوك من السلوكيات بصفة أساسية وفى موقع معين فان احدى مورثات الزوج Pair قد تسيطر على قرينتها الأخرى • وعندئذ يقال للمورثة الثانية انها متنحية بالنسبة الى الأولى ، بل ربما احتاجت الى اقتران بمتنحية أخرى حتى يمكنها التعبير عن نفسها •

السيطرة الأوتوزومية Autosomal recessive

لقد اقترح سابقا بأن مورثة مسيطرة وحيدة هى المسئولة عن انتقال الفصام (Heston, 1970) ، ولكن كوريا هنتنجتون Huntington's Chorea تعد أفضل مثال لذلك •

وقد كان «هنتنجتون» أول من وصف تلك الحالة فى عام ١٨٧٢ ، وتتم مشاهدتها أول الأمر بوصفها اضطرابا انفعالية-اما فى صورة عصاب أو فى صورة ذهان متبوعين بانتفاضات تشنجية • وقد تظهر تلك الانتفاضات — والتى هى الكوريا — فى أى وقت بين الطفولة والعمر المتقدم ، مع متوسط عمرى لبداية وقوعها يبلغ ٣٥ عاما • وتتزايد شدتها بشكل تدريجى ، كما يصاحبها تدهور عقلى ، وتنتهى على نحو نموذجى بالموت الذى يقع بعد فترة من حدوثها لأول مرة تبلغ فى المتوسط ١٥ عاما • وقد نسبت تلك الكوريا الى مورثة أوتوزومية غالبة مسيطرة ، ولكن الصلة الكيمياوية الحيوية بين تلك المورثة والسلوك مازالت محلا للبحث عن سبب تعزى اليه •

التنحى الأوتوزومى Autosomal dominance

لقد نسبت حالة « الفينيل كيتونوريا » الى مورثة أوتوزومية وحيدة متنحية ، كما قد تم تحديد تفصيلات معينة تتعلق بآلية (ميكانيزم) تلك الحالة • فما يورث انما هو اضطراب فى أيض الفينيل ألانين ، الذى هو أحد الأحماض الأمينية الأساسية التى تدخل فى بناء بروتينات الجسم (Rosenthal, 1970) ان ما يعقب ذلك من اضطراب فى البنية والسلوك هما نتاج لأغذية عادية تحتوى على الفينيل ألانين ، ويمكن الوقاية منهما اذا تمت ملاحظة الاضطراب الأيضى فى وقت مبكر الى حد كاف ، وباتباع الطفل لنظام غذائى تنخفض فيه نسبة الفينيل الانين•

وعلى الرغم من أن الخلفة الباثولوجية متنحية تماما فى تعبيرها السلوكى الا أنها ليست متنحية تماما فى تعديلها الأيضى (Rosenthal, 1970) فالشخص الذى يحتمل أن يكون له ولد مصاب بحالة الفينيل كيتونوريا اذا تزوج من شخص شبيه فى حمله للمورثة المتنحية فانه يمكن بالتالى التعرف اليه، وتقديم الارشاد الوراثى المناسب له • وبهذه

الطريقة فانه يمكن الحيلولة دون الحمل بطفل يتوقع اصابته بالفينيل كيتونوريا •

وقد افتـرض « كالمان » (Kallman, 1946;1953) أن انتقـال الفصام يتم عن طريق مورثات متنحية • ولكـن عمله قد انتقـد من منطلقات عديدة تتضمن العينة التى اختارها من المرضى الفصاميين لاجراء دراسته ، فقد درس حالات أقامت فترة طويلة فى مستشفيات الولاية ، وبالتالى فقد كانت العينة متحيزة على الأرجح مفضلا الأفراد الأكبر سنا — أى المرضى بالفصام المزمن — وقد غلبت مجموعة من التوائم الاناث على العينة ، بحيث مالت تلك المجموعة الى تقوية التأكيد على الفصام المزمن ، نظرا لميل الاناث الى البقاء فى المستشفى للعلاج فترات أطول من تلك التى يقضيها الذكور • كما انتقدت طريقته التى استخدمها فى اثبات تشخيص الفصام (Goldenberg, 1977) •

خلاصـة واسـتنتاجات

يمكننا أن ننتهى الى استنتاجات عامة عديدة من هذا العرض الذى قمنا به للمدخل البيولوجى لبحث أسباب المرض العقلى • ومن أبرز تلك الاستنتاجات ما لوحظ من اثبات محددات بيولوجية لأنواع كثيرة من التأخر العقلى ، ولاضطرابات مختلفة فى الأعصاب • كما أن تلك المحددات البيولوجية بينة جلية فى تشخيص « الزملة العضوية للمخ » و « الاضطراب العقلى العضوى » • كذلك فقد تم فى هذا الفصل تقديم نظريات بيولوجية لتفسر بصفة أساسية أشكال المرض العقلى الأكثر شدة وقسوة ، وهى أمراض الذهان ، وبخاصة الفصام وذهان الهوس الاكتئابى •

وفيما يتعلق بالقضايا الأساسية النظرية أو المتصلة بالمفاهيم فقد أثارت النظريات البيولوجية مناقشة القضية القديمة : قضية الوراثة

فى مقابل البيئة ، مع التعديلات التى قدمت مؤخرا لتلك القضية والتى اتخذت موقفا وسطا يؤمن بالتفاعل المتبادل بينهما (Eiduson, Eiduson & Geller, 1962 ; Rosenthal, 1970) (Williams, « فويليامز » 1960) مثلا لم ينكر وجود البيئة أو تأثيرها : بل آمن فحسب بأن الوراثة أكثر أهمية .

وقد أكدت المراجعة التاريخية للنظريات البيولوجية المهتمة بتحديد أسباب السلوك الشاذ — أكدت أكثر من أى مدخل مفهومى آخر — على مبدأ مهـم جدا ، ألا وهو وجوب تفسير النظـريات فى اطارها التاريخى . اذ لا ينبغى لنظرية طورت فى فترة علميـة تيكنولوجية مختلفة أن تقبل بشكل حرفى ، وبخاصة اذا كان من المعقول أن نفترض قيام صاحب تلك النظرية نفسه بتعديلها أو تغييرها فيما لو كان حيا مدركا لما أعقب نظريته من تقدمات لاحقة فى عالم المعرفة (Williams ; 1960) .

الفصل الثامن

المحددات البيئية للسلوك المرضى

أ ـ عند النضج

تضمنت النظرية والبحوث العلمية المتعلقة بمحددات السلوك المرضى طائفة واسعة من المتغيرات غير تلك التى تتعلق بالجانب البيولوجى (العضوى) والتى عرضنا لها فى الفصل السابع . ومنذ وقت مبكر من التاريخ ــ وعلى وجه التحديد فى بداية القرن الرابع قبل الميلاد ــ عدت بعض الظواهر الطبيعية ــ كأوجه القمر مثلا ــ عوامل مؤثرة فى هذا الصدد . بيد أنه فى الستينيات من القرن الحالى ساد التأكيد على أثر العوامل البيئية بشكل أكثر شيوعا .

لقد كان عقد الستينيات عقد الاهتمام بالبيئة ، حيث تزايد عدد الكتب التى تم نشرها فى ما بين عامى ١٩٦٨ و ١٩٧٢ والتى اهتمت بعلاقات الانسان بالبيئة من منظور ايكولوجى (بيئى) بحيث فاق عددها تلك الكتب التى نشرت فى العقود الثلاثة السابقة (Jordan; 1972) . وقد أصبح الأطباء خلال تلك الفترة على وعى بأن الاضطرابات البدنية التى عانى منها عدد كبير من مرضاهم ــ كالصداع headache والأرق insomnia والآلام العضلية الخفيفة المتواصلة muscular aches والارهاق أو التعب tiredness وغيرها من أنواع الألم Pains ــ كانت فيما يبدو أكثر ارتباطا بوقائع بيئية لا بعامل بدنى أو بكيان مرضى

بالمعنى الطبى الراسخ disease entity • مثل هذه الاضطرابات يشار اليها عادة بالاضطرابات النفسجسمية Psychosomatic •

الاضطرابات النفسجسمية أو السيكوسوماتية

كان «هينروث» (Heinroth, 1818) أول من استخدم الاضطراب السيكوسوماتى مصطلحا لوصف الأرق • وقد تم تعميم استخدامه لاحقا بحيث تضمن كل الاضطرابات البدنية التى مالت الى الحدوث لا نتيجة لسبب عضوى بل — كما افترض حينئذ — نتيجة لأسباب أو عوامل نفسية • وقد أشير الى هذه الاضطرابات فى الطبعة الثانية من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية DSM-II بوصفها اضطرابات نفسفيزيولوجية جنبا الى جنب مع الأعراض الفيزيولوجية، بحيث عدت الأخيرة بشكل خاص نوعا من التغيرات الفيزيولوجية يتميز بالشدة والامتداد لفترة طويلة ، كما تصحبه عادة انفعالات معينة (APA,1968) • ومن ثم فانه يمكن النظر الى تلك الاضطرابات باعتبارها ناتجة عن شحنة انفعالية أو طاقة نفسية مستمدة أثناء الوقوع تحت ضغط أو انعصاب قوى متواصل (انظر : نظرية الانفعال الطارىء لكانون فى الفصل الخامس) •

ويعد الاضطراب النفسجسمى مرضا بدنيا حقيقيا ، حيث يتميز بأعراض عضوية بدنية يمكن التعرف اليها طبيا ، وليست مجرد أعراض يذكرها المريض بشكل تقريرى اخبارى • ولا يبدو هذا المفهوم مشابها لمفهوم ساربن (Sarbin, 1967) المتعلق بالهلوسة باعتبارها تخيلات يقررها المريض (انظر الفصل الرابع) • وفى الحالات الخفيفة أو المعتدلة فان عدم الكفاءة البدنية وحده قد يبدو بشكل واضح كما فى حالات الامساك ، وفقدان الوزن ، وأشكال الصداع ، وعسر الهضم ، والأرق ••• الخ • وقد يصرف النظر عن هذه الحالة بوصفها حالة

عصبية (أو نرفزة) nerves ، أما فى الحالات الأكثر حدة فانه قد يحدث تلف فى الأنسجة ــ كما فى حالات القرح Ulcers ــ كما قد تفضى الى الموت •

ويعد الطفح الجلدى ، والربو الشعبى ، وأشكال الصداع النصفى، وقرح المعدة والاثنى عشر ، والتهاب القولون من أكثر الاضطرابات النفسجسمية شيوعا وتكرارا ، والتى تم تفسيرها من حيث تعلقها بشخصية المريض الأساسية (انظر الفصل العاشر) • ومنذ عهد ليس بالبعيد ، ومع تحول الاتجاه السيكياترى (الطبى النفسى) الى التأكيد على الوضع البيئى والحياتى للمريض أصبح هناك ميل الى ذكر أعراض مرضية كضغط الدم الجوهرى ، ومرض الشريان التاجى فى القلب Coronary heart disease ، ومرض السرطان ، بالاضافة الى الاعتراف بأن هناك عوامل غير بيولوجية أو غير بدنية قد تسهم ــ الى حد ما ــ فى التعجيل بحدوث جميع الاضطرابات البدنية (Munro, 1972)

وفى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II تم تصنيف الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية بشكل فرعى طبقا للجهاز العضوى المتأثر ، ولم يكن تصنيفها فى فئة عامة كلية أمرا نافعا أو مفيدا ، نظرا لتحديده لمجموعة من الاضطرابات التى يعد وجودها مثارا للجدل والتساؤل ، كما شجع هذا التصنيف العام على تقسيمها بشكل ثنائى زائف الى مجموعتين : مجموعة ذات محددات غير عضوية ، ومجموعة أخرى ليس لها محددات ، وقد أدى ذلك التفريع عموما الى تعقيد عملية العلاج واربالك تبادل الآراء والمعلومات بين المختصين أكثر من تيسيره وتسهيله لها (Spitzer & Wilson, 1975) • ومن ثم فقد رفضت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية DSM-III هذا التصنيف العام كتأييد للاعتراف بالمحدد النفسى

الاجتماعى لجميع الاضطرابات ، والذى ورد فى المحور الرابع من هذا الدليل تحت عنوان : « شدة الضغوط النفسية الاجتماعية Severity of Psychosocial Stressors ، كما ورد فى التشخيص النوعى رقم ٣١٦٫٠ من الدليل ذاته تحت عنوان : « العوامل النفسية المؤثرة فى الحالة البدنية » مع تسجيل الحالة البدنية ضمن المحور الثالث من الدليل (APA, 1980) .

وعلى ضوء تزايد أهمية مفهوم الانعصاب stress فى الطب النفسى المعاصر ، فان هذا الفصل سيتعرض فى البداية لفحص هذا المفهوم ومراجعته ، وتلخيص البحوث المتعلقة بالعصاب التجريبى experimental neurosis بالاضافة الى عرض مجمل للمتغيرات الجغرافية والنفسية الاجتماعية الرئيسة ـ بوصفها عوامل انعصابية ـ والتى تبدو مرتبطة بحدوث المرض العقلى .

الانعصاب Stress

يشير الانعصاب فى الميكانيكا الى قوة أو ضغط شديدين ، وهذا يوضح كيف تم تعريفه وتحديده بصفة جوهرية من قبل كولمان (Coleman; 1973) حين ذكر أن الانعصاب يشير الى المطالب التوافقية الملقاة على عاتق الفرد فى مواجهته لمشكلات الحياة وضرورة كفاحه للتغلب عليها لاشباع حاجاته ـ بيد أن هناك قدرا كبيرا من البحوث والدراسات المرتبطة بأعمال «هانزسيلى» Hans Selye وزملة التكيف العام general adaptation syndrome التى تنظر الى الانعصاب نظرة مختلفة .

هانز سيلى (١٩٠٧ ـ)

أشار «سيلى» (Selye, 1974; P.31) الى الزعم القائل بأن كلمة «انعصاب» دخلت الى الاستخدام الانجليزى الشائع عن طريق

الفرنسية القديمة وانجليزية العصور الوسطى لتعنى كلمة « ألم distress » . ولكن المقطع الأول من تلك الكلمة قد ضاع بسبب اهمال نطقه واغفال التلفظ به كما يحدث فى الانجليزية المعاصرة حين يهمل الأطفال نطق المقطع الأول من كلمة «because» فيلفظونها cause فقد عرف «سيلى» (1974, P 27) الانعصاب بأنه « استجابة غير محددة يقوم بها البدن فى مواجهة أى مطلب يطلب منه » . فما أشار اليه «كوللن» على أنه انعصاب أطلق عليه «سيلى» : المعصب أو الضاغط Stress .

ويعد ما قدمه «سيلى» لفهم مفهوم الانعصاب اسهاما رئيسا مزدوجا : فقد أسهم من ناحية فى تقديم وصف مفصل لاستجابة البدن غير المحددة ، ألا وهى زملة التكيف العام ، كما تبنى من ناحية أخرى طريقة للعلاج تختلف من الوجهة الفلسفية عن تلك الطريقة التى كانت دارجة خلال الخمسينيات .

زملة التكيف العام .

على الرغم مما أوضحه سيلى من ادراكه أولا لمشكلة زملة التكيف العام — والتى تتمثل فى « زملة كينونة الفرد مريضا فقط » — وذلك فى عام ١٩٢٦ حين كان طالبا فى السنة الثانية من كلية الطب فانه وصف فى وقت أسبق من ذلك بكثير بداية لذلك الادراك تتميز الى حد بالغ بالصدفة والاكتشاف العرضى .

ففى غضون قيامه بتجربة لتحديد الاستجابات النوعية لعقاقير مختلفة وسموم وخلاصات الغدد والتى تم من خلالها حقن بعض الفئران بجرعات مميتة من تلك المواد ، فوجىء «سيلى» بأنه على حين أفضى كل عقار تم حقنه الى تغيرات نوعية معينة فان أثره العام قد بدا واضحا فى ثلاثة أعضاء : فقد تورمت الغدد الأدرينالية بحيث أصبحت

ضعف حجمها العادى ، كما تغير لونها من الأصفر الى البنى • وبالنسبة للغدة الصعترية thymus فقد بدأت فى الذبول ، كما بدأ الاحساس بمغص معوى متقطع stomach lining مصحوب بقرح دامية • ونظرا لأن تلك المواد المتنوعة التى تم حقنها فى الفئران بكميات مختلفة قد تميزت عموما بخطورتها على الحياة فقد افترض «سيلى» تمثيل تلك التغيرات الفيزيولوجية لاستجابة الجسم بشكل غير محدد للأذى العام كيفما اتفق ، وافترض أنه اذا كان هذا الافتراض صحيحا فانه يجدر اذن بالأنواع الأخرى للموقف العصيب أن تفضى الى استثارة الاستجابة نفسها • وقد دعمت الدراسات العملية التجريبية هذا الفرض ، وبالتالى فقد أطلق عليه «سيلى» مصطلح « الرجع المنذر » alarm reaction ، وهو المرحلة الأولى من زملة التوافق العام (Selye, 1936,1950,1952) •

وقد يفضى الرجع المنذر الى الموت اذا بلغ التنبيه العصيب حدا شديدا بدرجة كافية • ومهما يكن من أمر فان الحيوانات قادرة على التكيف لظروف الانعصاب التى يطول أمدها تحت مستوى الاهلاك أو الاماتة ، كما تكشف بالفعل عن أمارات الابلال والشفاء من الرجع المنذر • وقد أطلق «سيلى» على ذلك مفهوم « مرحلة المقاومة » the stage of resistance • بيد أن تلك المقاومة تتم بصدد الانعصاب الأصلى فقط لا بصفة دائمة ، فاذا ما أدخل عامل انعصابى جديد أو اذا ما استمر الانعصاب الأصلى فان الكائن الحى يبدأ فى الدخول عندئذ الى المرحلة الثالثة والنهائية وهى مرحلة « الاستنزاف أو التعب exhaustion » والتى تفضى الى انهياره أو موته •

العلاج

افترض «سيلى» (Selye, 1955) وجود تباين أساسى بين طب العصور الوسطى والطب كما كان يمارس فى الخمسينيات • ويتمثل

هذا التباين فى اعتمــاد الأول على الامبريقية « الممارسة العملية » المحضة ، وخضوعه للتصوف والحدس ، فى حين حاول الأخير فهم آلية المرض وعلاجه عن طريق التدخل فى مراحل تم تحديدها جيدا على طول طريق النمو • وقد اعترف «سيلى» بما حدث من تقــدم عبر المنحى الأخير منوها بالعلاج الكيميائى والجراحة ، بيد أنه أشار الى أن سبب المرض يبدو غير معروف فى الغالب ، واذا تمت معرفته فان خضوعه لأى أسلوب علاجى قد لا يكون أمرا سهلا • وفضلا عن ذلك فانه فى حالة الحروق والتعرض للاشعاع قد تستمر المشكلة لفترة طويلة حتى بعد استبعاد السبب والتخلص منه •

ومن ثم فقد افترض «سيلى» أن المشكلة ليست فى سبب المرض أو الميكروب أو السم أو الحساسية التى يخبرها الفرد بوصفها مرضا ، بل هى فى استجابة الجسم للسبب • فادخال جسم غريب ثان الى البدن — سواء أكان مضادا حيويا أم مشرط الجراح — لمقاومة الميكروب الأصلى قد يكون من المتوقع بالتالى أن يفضى الى مرض ثان • فبقدر العجز عن تحييد أعراض المرض الثانى وابطال آثارها عن طريق أعراض المرض الأصلى فان تلك الأعراض سوف يشار اليها على أنها أرجاع تسمم أو آثار جانبية عكسية (انظر الفصل الحادى عشر) •

فما أوصى به «سيلى» هو اكتشاف الاجراءات العلمية التى يمكن أن تساعد الجسم فى جهوده الطبيعية التى يبذلها للمحافظة على صحته وسلامته • وبدلا من ادخال شىء ما الى الجسم لازالة المرض مباشرة فقد أيد «سيلى» تقوية آليات (ميكانيزمات) الجسم الدفاعية ذاتهــا وتيسيرها • ويعد ذلك منحى علاجيا قريبا من الوجهة الفلسفية لما يقوم به الطب النفسى المهتم بتصحيح الجزيئات وتقويمها بالعلاج بمقادير ضخمة من الفيتامين (انظر الفصلين السابع والحادى عشر) •

الانعصاب النفسى فى مقابل الانعصاب الفيزيولوجى

قام «لازاروس» (Lazarus, 1966) بالتفـــريق بين الانعصـــابين النفسى والفيزيولوجى والذى يبدو مشابها للتفريق بين القلق والخوف (انظر الفصل الخامس) • فقد أشار الى الانعصاب النفسى بوصفه تهديدا ، وعده استجابة متوقعة تتضمن تقييما معرفيا للموقف بوصفه موقفا يحتمل الاضرار أو الايذاء • أما الانعصاب الفيزيولوجى فقـــد نظر اليه «لازاروس» على أنه استجابة لضرر راهن •

ولم يحقق هذا التفريق رواجا واسعا نظرا لما هو مقبول (لدى المختصين) عموما من اشتمال جميع مواقف الانعضاب على عنصر من عناصر التقييم المعـــرفى ، وذلك باستثناء عوامل الانعصاب البـــدنى الواضحة التى استخدمها «سيلى» فى بحوثه المبكرة التى أجراها على الفئران • (انظر : Pastore, 1950, 1952 ; Schacter & Singer, 1962 ; Mischel, 1974; 1977)

الانعصاب فى مقابل القلق

هناك ميل الى استخدام مصطلحى «الانعصاب» و «القلق» بشـــكل مترادف ، وهذا الميل أكثر شيوعا من التمييز بين الانعصاب النفسى والانعصاب الفيزيولوجى • ومهما يكن من أمر فانه على الرغم من أن القلق يعد فى الغالب استجابة لموقف عصيب فانه لا يمكن تعريفه بوصفه استجابة لمثل هذا الموقف (Krause, 1961) وقد أوضح « كاتل ، شاير » (Cattell & Scheier, 1961) بصـــفة عملية نمطا لاستجابة انعصابية تمثل عاملا متميزا من الناحية التحليلية عن نمط استجابة القلق •

الأزمـــة Crisis

فى بعض الأحيان قد يشار الى الانعصاب الحاد أو القصير المدى

بوصفه أزمة (Caplan, 1964) وبخاصة اذا مال الى الافضاء الى احداث تغير مفيد فى سلوك الفرد أو توافقه (Rapoport, 1962) .

وقد أصبح مفهوم «الأزمة» شائعا فى الطب النفسى الاجتماعى حيث أصبح التدخل فى الأزمة قضية أساسية (انظر الفصل الثالث عشر)، ولكن نظرا للتوسع فى استخدام هذا المفهوم فانه يفتقر الى التحديد فى طريقة تطبيقه وممارسته ، كما أصبح مرفوضا من قبل المختصين الذين يفضلون استخدام مفاهيـم أخرى أسـبق منه كالانعصاب ، والكفاح ، والاستجابة ، والألم (Eastham, Coates & Allodi, 1970)

قياس الانعصاب

على الرغـم من تحـديد « كولمان » (Coleman, 1973, P.170) للانعصاب بوصفه متغيرا بيئيا فان تعريفه لشدة الانعصاب يتسـم بطابع بيولوجى . فقد عرف تلك الشدة بأنها ، « درجة التهتك التى تحدث فى النسق أو الجهاز النفسى للفرد اذا فشل فى الكفاح للتعامل مع مطلب توافقى » .

وتتضح حتمية اللجوء الى المستوى البيولوجى من خلال الحقيقة التى تقضى بأن الاستجابة الانعصابية ــ شأنها فى ذلك شـأن كل الاستجابات الانسانية ــ هى نتاج للتفاعل بين الكائن العضوى وبيئته، وهذه البيئة تتضمن بعض المتغيرات المعقدة والمجردة كأهمية العوامل المسببة للانعصاب وتسلسلها ، ومصادر الانعصاب ومدعماته الخارجية المتاحة فى البيئة ، بالاضافة الى تضمنها للأسلوب الذى يتم به ادراك موقف الانعصاب أو تقييمه (Coleman, 1973) .

وبرغم ذلك فانه من المعتقد أن جميع المتغيرات البيئية والشخصية الوثيقة الصلة بالانعصاب يمكن وصفها بشكل مفصل مدروس ، كما

يمكن تقييمها ووضع معادلة تسمح بقياس الانعصاب على نحو دقيق من حيث علاقته بالعامل الضاغط الانعصابى • وعلى الرغم من أن ذلك قد يبدو مشروعا يتسم بالتعقيد والتركيب وليس فى متناول المعرفة الحالية بكل تأكيد ، فان ثمة خطوات تم اتخاذها بالفعل تجاه تحقيقه• فقد تم فى الوضع الاكلينيكى قياس حدة الانعصاب فيما يتعلق باثنين فقط من كثير من المتغيرات الموقفية هما : عدد مرات وقوعه ودلالته أو أهميته •

وتتسق الفكرة القائلة بأن تأثير عدد من عوامل الانعصاب العديدة فى وقت واحد سيكون له أثر أقوى وأعظم من تأثير عامل انعصابى واحد يعمل بمفرده — تتسق — مع نظرية الأنظمة العامة Von Bertalanffy, 1968) بالاضافة الى اتساقها مع أعمال «سيلى» (Selye, 1950; 1955; 1974) و « ميلر » (Miller; 1960; 1961) و « جوتزشالك ، هير ، بيتس » (Gottschalk, Halr , Bates, 1972) كما حظيت بتأييد عملى من قبل « لانجنر ، ميكائيل » (Langner & Michael, 1963) وبيركمان (Berkman, 1971) بالاضافة الى ما قام به « هولز ، راهى » وآخرون .Holmes, Rahe et al فيما يتعلق بأحداث الحياة •

أحداث الحياة

فى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات تم اجراء عدد كبير من البحوث والدراسات التى استخدمت أحداث الحياة بوصفها مقياسا للانعصاب لدى المجموعة السكانية بصورة عامة :

(Holmes & Rahe, 1967;Rahe, 1968; Rahe et al., 1970; Myers et al., 1971; Thomson & Hendrie; 1972; Uhlenhuth & Paykel,1973)

وعلى الرغم من أن أحداث الحياة قد لا تكون سببا كافيا للمرض

العقلى فانه يمكـــن اعتبارها ســـببا ضروريا معجلا ببـــداية المرض (Petrich & Holmes, 1977) •

وقد قام « هولمز ، راهى » (Holmes & Rahe, 1967) بتصنيف قائمة شملت ثلاثة وأربعين حدثا من أحداث الحياة ، حيث أعطى أحدها وهو الزواج قيمـــة تحكمية بلغت خمسين وحدة كأحداث تغير من حيـــاة الأشخاص • ثم أعطيت تلك القائمة لعينة ممثلة من العاديين بلغت ٤٠٠ شخص تقريبا • وطلب منهم تقييم الأحداث الأخرى بوصـــفها مواقف أكثر انعصابا من الزواج أو أقل منه • وقد تم بذلك الحصول على مقياس أطلق عليه « مقياس تقدير اعادة التوافق الاجتماعى » Social Readjustment Rating Scale وهو عبـــارة عن قائمـــة تتكون من ٤٣ حدثا حياتيـــا تراوحت فى ترتيبها بين الأحداث المسببة لأكبر انعصاب (وفاة الزوج أو الزوجة = ١٠٠) وأقل انعصـــاب (الحصول على اجازة = ١٣، عيد رأس السنة = ١٢ ، انتهاكات القانون غير الخطيرة = ١١) • كما قام «جندرسون ، راهى» Gunderson & Rahe, 1974) وكذلك «ماركس» وآخرون (Marx et al., 1975) بتطوير مقياس مشابه بحيث يستخدم مع طلاب الجامعة •

وبرغم أنه ليس من المرجح — فيما يبدو — أن تكون أوزان كل البنود الفردية التى تم الحصول عليها من المتوسطات الجماعية ملائمة لفرد بعينه فان الدرجة الكلية لتلك المقاييس تتسم بقدر من الصدق validity • وتتمثل مواطن الضعف الرئيسة لتلك المقاييس فى اخفاقها فى أن تأخذ بعين الاعتبار تباين المكانة الاجتماعيـــة لدى الأفراد ، فالأشخاص الذين لم يتزوجوا بعد — على سبيل المثال — لم يواجهوا بعض الأحداث التى تشتمل عليها تلك القائمة كموت الزوج أو الزوجة، أضف الى ذلك أن تلك المقاييس تعتمـــد على تذكر أحداث الحيـــاة واستدعائها ، مما يجعل عمليـــة التذكر خاضعة للانتقاء والاختيـــار

و/أو التبت مع مرور الوقت (Rabkin & Struening, 1976; Uhlenhuth, Balter, Lipman & Haberman; 1977, Strauss, 1979).

العصـــاب التجريبـــى

يميل علماء النفس الى الاقتراب من مشكلة الانعصاب من منظور يختلف اختلافا طفيفا عن منظور «سيلى» أو منظور «هولمز ، راهى» وزملائهمـــا . وانطلاقا من تصـــورهم للانعصاب على أنه «احباط» و «صراع» فقد عملوا فى اطار من النظريات النفسية المتعلقة بالتعلم والدافعية مستخدمين بعض الحيوانات فى تجاربهم لتطوير مفاهيم فى المرض العقلى مشابهة لتلك المتعلقة بالانسان ، وهى ما يشيرون اليها بوصفها « عصابا تجريبيا **experimental neurosis** .

والجدير بالذكر أن استخدام الحيوانات لأغراض تجريبية وبحثية يتيح للباحث دراسة مضبوطة لعدد من الظواهر التى قلما تتم ملاحظتها ـــ لأسباب أخلاقية ـــ بشكل آخر فى ظل ظروفهـــا الطبيعية الأكثر تعقيدا . ومن ثم فان أنماط العصاب التجريبى قد تمت دراستها على أمل استنتاج قوانين وقواعد عامة قد تسهم فى توضيح أنماط العصاب الانسانى (**Shagass, 1972**) . وقد اتجهت الدراسات والبحوث على وجه الخصوص الى تقديم دعم لمؤيدى العلاج السلوكى (انظر الفصل الثالث عشر) الذين أكدوا بالدليل والحجة أن السلوك الشاذ (اللاسوى) انما هو مجرد استجابة غير تكيفية متعلمة ، أو هو نوع من الاخفاق فى تعلم الاستجابات التكيفية ، وأن اكتساب ذلك السلوك الشاذ أو التخلص منه انما يتم وفقا لقوانين التعلم العادية (**Wolpe, 1958; Eysenck & Rachman, 1965**) .

وقد تضمنت المحاولات المتشابهـــة الأسبق اجراءات الاشـــراط

التقليدى البسيط ، حيث قام « واطسون ، راينر » باشراط استجابة خوف شاذ رهابية phobic لطفل يدعى «ألبرت» بلغ عمـــره تسعة أشهر ، من خلال المزاوجة المتزامنة فى وقت واحد بين رؤية فأر أبيض وضوضاء مفاجئة • كما برهنت «جونز» (Jones, 1954) على امكانية التخلص من استجابة الخوف لدى طفل بلغ عمره ثلاث سنوات ــ ويدعى بيتر ــ باســتخدام اجراء اشراطى • بيد أن مفهــومى «الاحباط» و «الصراع» قد أصبحا أساسيين لمفهوم العصاب التجريبى •

الاحبـــــاط Frustration

لاحــظ « كوفــر ، أبــلاى » (Cofer & Appley, 1964, P. 412). أن « الاحباط يتضمن منحى لعمل أو نشاط لم يتم الانتهاء منه الى الهدف أو النهاية المرغوبة ، أو أنه حالة غائية من نوع ما لم يتم الوصول اليها ، أو هو حصيلة أو نتيجة متوقعة أخفقت فى التحقق بشكل مادى ملموس » •

وتعد دراسة «ماكدوجال» (McDougall, 1908) واحدة من أقدم التفسيرات التى قدمت لتفسير الاحباط • ففى شرحه للسلوك افترض «ماكدوجال» وجود ست غرائز أوليـــة أو أساسية من بينهـــا غريزة المشاكسة أو الخصام وما يصحبها من انفعال الغضب • وعلى غـــير ما هو معهود بالنسبة لبقية الغرائز فانه لا يوجد من الموضوعات أو الأشياء ما يستثير تلك الغريزة • ولكن ماكدوجال يرى أنها تستثار من خلال أية مقاومة للتعبير الحر عن أية غريزة من الغرائز الأخرى ، أى عن طريق الاحباط •

وعند ظهور النظرية السلوكية تم نبذ مفهوم الغريزة من قبل علم النفس الأكاديمى ليحل محله مفهوم الحافز Drive (Woodworth, 1918) الذى اتسم بعديد من الخصائص والسمات المميزة للغريزة

(Burt, 1941) • ونتيجة لذلك ، فقــد عرف هابر (Haber; 1966) الاحباط بوصفه حرمانا من التعزيز المتــوقع ، واعتبره واحدا من الدوافع الأولية •

وقد مال الاخصائيون الاكلينيكيون الى تقسيم أشكال الاحباط الى مجموعتين : أولاهما احباطات داخلية تتم عندما تعجز الأنشطة عن الاستمرار والتقدم نتيجة لقيود أو نواحى قصور ذاتية كالاعاقات البدنية ، ومحدودية القدرة أو الكفاءة ، أو نتيجة لاستدماج المرء لمعايير اجتماعية تتمثل فى عوامل كف أو الالتزام بما يمليه الضــمير أو فى اتجاهات أخلاقية (انظر الفصل العاشر) • أما مجموعة الاحباطات الخارجية فانها تقع اذا أعيق استمرار الأنشطة عن التقدم بسبب عوامل مادية أو بيئية اجتماعية • وهذا التمييز مفيد بالنسبة للمعالج نظرا لأنه يحدد بفعالية الوجهة التى يتخذها الأسلوب العلاجى بحيث يكون موجها فى المقام الأول اما الى الفرد أو الى بيئته •

وقد ركز علماء النفس الأكاديميون اهتمامهم على أشكال الاحباط الخارجى ، حيث قاموا بتحديد ثلاثة أنماط رئيسة فى الموقف الاحباطى تتمثل فى :

- ازالة الهدف المرغوب •
- وجود عوائق مادية •
- استثارة ميول استجابية متضاربة •

ويطلق على النمط الأخير ــ طبقا لتعريفه ــ الموقف الصراعى •

وكثيرا ما يستشهد بالتجربة التى قام بها «باركار ، ديمبو ، ليفين» (Barker, Dembo & Lewin, 1941) كمثــال لايجاد حالة من الاحباط عبر حواجز مادية • وقد تم اجراء التجربة على ثلاث مراحل : ففى

المرحلة الأولى — وفى اطار نفسى يضمن مزاولة أنشطة اللعب فى مستوى عادى — سمح للأطفال باللعب فى غرفة احتوت على مجموعة مختارة من اللعب العادية • وفى المرحلة الثانية أزيح الستار عن مجموعة أخرى من اللعب المفضلة لدى الأطفال ، ثم سمح لهم بممارسة اللعب بكلتا المجموعتين لفترة قصيرة • أما فى المرحلة الثالثة فقد أبعدت مجموعة اللعب المفضلة لتوضع بعيدا عن متناول الأطفال خلف حاجز شبكى من السلك يسمح لهم برؤيتها •

الصــــراع Conflict

ينشأ موقف الصراع حين يفضى التنبيه البيئى الى استثارة ميلين متنافرين أو أكثر من تلك الميول المتكافئة على وجه التقريب فى قوتها • فهى فى حقيقة الأمر موقف احباط مزدوج ، حيث ان حدوث أى من الاستجابتين سوف يفضى الى احباط حدوث الأخرى وكفها •

وفى تجربة أجريت فى مختبر «بافلوف» ، وقام بهـا « شـنجر كريستوفيكوفا » تم اشراط كلب بحيث يسيل لعابه كلما عرض عليـه شكل دائرى (منبه) ، وبحيث ينكف لعابه عن السيلان حين يتم عرض شكل بيضاوى (Pavlov; 1928) • وقد عرض الشكل الدائرى بعدئذ بحيث يتحول بالتدريج الى شكل بيضاوى ، كما عرض الشكل البيضاوى بحيث يتحول بالتدريج الى شكل أكثر دائرية ، وعندما بلغت نسـبة محورى الشكل المثير ٩ الى ٨ انهارت قدرة الكـلب على التمييز بين كلا الشكلين ، بحيث أصبح فى حالة تهيج واضحة ، وبحيث بدا نابحا مطلقا صراخا طويلا حادا ، كما حاول الفكاك من قيوده •

وقد قام «ليفين» (Lewin, 1931) بتحليل مواقف الصراع بحيث حدد ثلاثة أنماط مختلفة منها ، وهى : صراع الاقتراب — الاقتراب ، وصراع التجنب — التجنب ، وصـراع الاقتراب — التجنب • وقد

تضمنت التجربة التى قام بها «شنجركريستوفيكوفنا» ذلك النمط الأخير.

أما «ميلار» (Miller, 1944; 1959) فقد أضاف موقفا صراعيا رابعا لتلك المواقف الثلاثة وهو الصراع المزدوج للإقتراب — التجنب، ومن خلال ادماجه لمفهوم «تدرج الهدف» goal gradient لدى «هل» (Hull, 1932) قام بتطوير أنمـوذج تجريبى للعصـاب neurosis معتمدا فى تطويره على ثلاث مسلمات رئيسة (Miller, 1959; P. 205) :

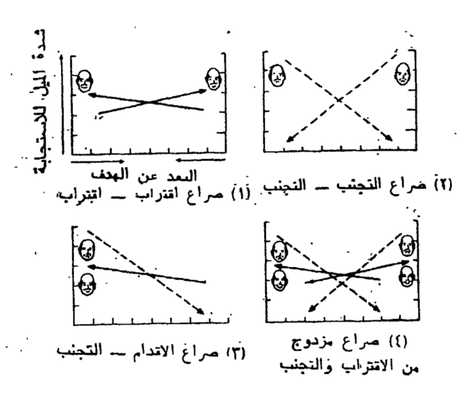
(أ) الميل للاقتراب من الهدف بحيث يقوى هذا الميل كلما زاد اقتراب المفحوص من الهدف .

(ب) الميل لتجنب منبه مخيف بحيث يقوى الميل الى التجنب كلما زاد أقتراب المفحوص من المنبه المخيف .

(جـ) تزايد قوة التجنب بشكل أسرع من قوة الاقتراب كلما ازداد المفحوص قربا من الهدف .

وتمكننا هذه المسلمات الثلاث من تمثيل المواقف الصراعية المختلفة بالرسم البيانى الموضح فى شكل (٨ــ١) والذى من خلاله يمكننا القيام بتنبؤات تتعلق بالمسافة التى يبعدها المفحوص عن الهدف ، والتى تتكافأ عندها شدة الميل الى الاقتراب والتجنب ، ومن ثم يعدو المفحوص فى حالة من الصراع ، كما تبدو أى مواقف الصراع عندها مستقرة وأيها غير مستقرة .

وعلى الرغم من أن أنموذج الصراع لدى «ميلار» — والمتمثل فى الاقتراب/التجنب — يبدو متسما بقدر من الصدق الظاهرى ، وعلى الرغم كذلك من أنه قد أفضى بوجه عام الى اجراء قدر كبير من الدراسات والبحوث فانه قد تعرض لقدر من الانتقادات الخطيرة جدا.



شكل ٨ ــ ١ تصوير بالرسم البيانى لمواقف الصراع التى حددها ليفين وميلار

فالغالبية العظمى من مواقف الصراع الانسانى تتضمن عنصر الزمن لا المسافة ، بيد أن معظم الدراسات والبحوث قد تضمنت المسافة المكانية ، كذلك لم يتم بعد تحديد مدى امكانية التعميم من أنموذج الى آخر • ومن ناحية أخرى فان المسلمة الأساسية لنظرية الصراع لدى ميلار تقضى بتزايد قوة الميل الى التجنب مع الاقتراب من الهدف بشكل أكثر من تزايدها مع الميل الى الاقتراب ، بيد أن هناك من الدراسات ما يقرر بأن منحنى التدرج الاقترابى كان أكثر انحدارا من منحنى التجنب ، فكلاهما كان مستويا ، وكلاهما قد اتسم بالتوازى برغم انحدارهما ، كما قد اتخذ كل منهما شكل حرف S• وأخيرا فان نظرية الصراع تؤكد على الاقتراب من الهدف ، ولكن يوجد من البراهين

ما يوحى بأن البعد من نقطة البداية قد يشكل المتغير الأكثر أهمية فى هذا الصدد (Maher, 1966) •

أنماط الاستجابة للمواقف الاحباطية

استخدمت الدراسات التجريبية المبكـرة للعصـاب (Watson & Rayner, 1920; Jones, 1924) بعض الأطفال ، كما ركزت على القلق الناجم عن الخوف المرضى phobic anxiety بالاضافة الى استخدامها لأساليب الاشراط التقليدية • أما الدراسات التجريبية التى أجريت مؤخرا والتى قام بها «ماسرمان» (Masserman, 1943) و «ليديل» (Liddell, 1944, 1956) فقد استخدمت أيضـا أساليب الاشـراط التقليدى ، بيد أنها استخدمت الحيوانات فى اجراء تلك الدراسات ، بالاضافة الى تعيينها طائفة متنوعة من الاستجابات السلوكية •

فبالنسبة «لماسرمان» فقد قام بتدريب القطط على الذهاب الى صندوق ، ورفع غطائه ، ثم الأكل من ما فيه من طعام استجابة لاشارة صوتية أو ضوئية • وعندما تحقق له ذلك قام بتصميم موقف صراع الاقتراب ــ التجنب من خلال توجيه نفخة هواء فى وجه الحيوان أثناء تناوله للطعام من الصندوق ، وبتلك الطريقة تم له الحصول على طائفة متنـوعة من الأنماط السلوكيـة أسـماها «ماسرمان» بالاستجابات العصابية ، كما صنفها الى ثلاث فئات: القلق المزمن chronic anxiety والاستجابات الهلعية الرهابية المرضية phobic responses بالاضافة الى فئة ثالثة تتمثل فى أعراض أخرى كتسوية الحيوان لشعره بشكل مفرط ، ومحاولات لضمان الحصول على انتباه المجرب •

أما بالنسبة «لليديل» فقد قام فى تجاربه باشراط استجابة انثناء الرجل لصدمة كهربائية خفيفة وفقا لمنبهات حسية معينة ، بينما تم اشراط سلوك التغذية استجابة للطعام وفقا لمنبهات حسية أخرى • ومن

ثم فقد قام «ليديل» باحداث موقف صراعى من خلال العرض المتزامن لنبهات متباينة • وفى ظل تلك الظروف تم احلال الاستجابات المتعلمة محل السلوك الاذعانى والنكوصى والعدوانى •

وقد شهد النمو اللاحق لمفهوم الصراع ميلا الى تجاهل القلق والمخاوف المرضية فى محاولة لتأييد خمسة من الأنماط السلوكية الأخرى التى تحدث استجابة للمواقف الاحباطية ، وهذه الأنماط هى : الكبت، والاذعان ، والنكوص ، والتثبيت ، والعدوان (Rosenzweig, 1944; Maier, 1949) •

(أ) الكبت Repression

يرتبط مفهوم الكبت بأصحاب النظريات المتجهة اتجـاها نفسيا تحليليا (انظر الفصل العاشر) ، ويشير هذا المفهوم الى النسيان الذى يدفع اليه motivated المواقف المحدثة للقلق أو غيرها من المواقف المؤلمة•

وفى محاولة لدراسة تأثير «زيجارنيك» بشكل مختلف (Zeigarnik; 1927) قام «روزينزفايج» (Rosenzweig, 1943) باعطاء مجموعتين من الطلاب الجامعيين عددا من أحجية الصور المقطوعة ليقوموا باكمالها ، ولكنه قام بالتحكم فى الوقت المتاح بشكل بارع يسمح لكل طالب باكمال نصف العدد الكلى المعطى له فقط على نحو ناجح • وفى الوقت نفسه أخبر أفراد احدى المجموعتين بأن ما يقومون به انما هو لاختبـار ذكائهم ، بينما أخبر أفراد المجموعة الأخرى بأن ما يقومون به انما هو لاختبار معرفتهم باكمال تلك الصور المقطوعة • وعندما طلب من أفراد المجموعتين أن يقوموا بتذكر تلك الأحجيات بعد ذلك نسى عدد كبير من أفراد المجموعة الأولى بصورة دالة المهام التى لم يكملوها (انظر كذلك الفصل الرابع) •

(ب) الاذعان Resignation

يمكن تعـريف الاذعان بأنه حالة من الخضـوع والاستسلام submission والاخفاق فى مقاومة موقف ما من المواقف • ويحدث الاذعان مصحوبا بأشكال كثيرة من المرض العقلى • ويرتبط الاذعان بطائفة متنوعة من الفئات التشخيصية طبقا لدرجته ، والموقف الذى يحدث فيه ، والأعراض الأخرى ، وما يتم من تفسير له •

وفى دراسة ونقد للاذعان بوصفه عرضا للاحباط ذكر « ماير » (Maier, 1949) ما طرحه « ألبورت ، برونر ، جاندورف » (Allport, Bruner & Jandorf1941) من وصـف لاتجاهات عديد من اللاجئين الذين عانوا من الاضـطهاد فى ألمانيا النازية ، كمـا ذكر ما قام به «أيسينبرج ، لازارفيلد» (Eisenberg & Lazarfeld, 1938) «زاوادزكى، لازارفيلد» (Zawadzki & Lazarfeld, 1935) من دراسات للبطالة أثناء الكساد الاقتصادى ، حيث استشهد بما قالوه من أن الاذعان يتضمن تحديدا مفرطا لكل الاحتياجات مع عدم توافر خطط مستقبلية أو ارتباط بالمستقبل ، مع انعدام الآمال بالمرة أو وجودها دون أن تؤخذ بجدية •

والاذعان مشابه الى حد كبير لمفهـوم العجز المتعلم learned helplessness الذى عرف بوصفه استجابة لموقف بغيض سبقت مواجهته على نحو لم يمكن السيطرة عليـه بحيث يتعارض مع تعـلم الهرب والتجنب ، كما يتميز هذا الموقف بأنماط من القصـور فى المبـادأة بالاستجابة وفى ارتباط التعزيز بالاستجابة (Overmier & Seligman, 1967; Seligman & Maier 1967; Seligman, 1975; Miller; Rosellini & Seligman, 1977) •

(جـ) النكوص Regression

يعد النكوص مفهوما آخر مرتبطا بأصحاب النظريات ذات الاتجاه

النفسى التحليلى • كما يعد مضادا للنمو والارتقاء • وهو سلوك يتحول ليصبح سمة مميزة للناشئة من صغار الأطفال ، أو للمرضى فى وقت مبكر من حياتهم • ومن السمات السلوكية المميزة التى تعتبر مؤشرا دالا على النكوص : التبول اللاارادى فى الفراش ، والبكاء المفرط ، واللعب غير البناء ، واعتماد الطفل على أمه فى عمر أكبر مما هو معهود فيه الاعتماد عليها (Maier, 1949) •

وكما ورد فى تقارير « باركار ، ديمبو ، ليفين » (Barker, Dembo & Lewin, 1941) فان النكوص يعقب الاحباط • فقد أظهرت المقارنة التى أجريت بين نشاط اللعب لدى مجموعة من الأطفال (بلغ عددهم ٣٠) قبل اصابتهم بالاحباط وبعدها أن اثنين وعشرين منهم (٧٣٪) قد أصيبوا بالنكوص ، وأن ثلاثة منهم (١٠٪) لم يكشفوا عن أى تغير، بينما تكشف نشاط اللعب لدى خمسة منهم (١٧٪) عن بنائية متزايدة• (وعلى كل حال فانه مما يجدر التنويه به أن «تشايلد ، واترهاوس» (Child & Waterhouse, 1952) قد قدما تفسيرا بديلا لتلك النتائج ، حيث قدما اقتراحا يقضى بأن سمة البنائية constructiveness فى اللعب قد تناقصت بالنسبة لاستجابات التنبه التى تداخلت مع اللعب) •

(د) التثبيت Fixation

يقصد بالتثبيت تلك الاستجابة النمطية غير التكيفية التى تتميز بالميل الى التكرار دون تنوع أو اختلاف ، كما تتميز بامتلاكها لدرجة ما من مقاومة التغيير والتى لا توجد فى الاستجابة المتعلمة • ويعد التثبيت خاصية مميزة لأنماط من السلوك العصابى كالوساوس ، والأفعال القسرية ، وكذلك الأفعال الطقوسية المعتادة ، والمخاوف المرضية وغير ذلك من الانحرافات الخلقية كهوس السرقة والتعطش الجنونى لاحتساء الخمر ، وادمان العقاقير ، والانحرافات الجنسية (Maier, 1949) •

وقد اشتملت الدراسات المهتمة بالتعلم والتمييز لدى الحيوان على موقف تجريبى مبسط تضمن « قاعدة لاشلى للقفز » Lashley jumping stand • فقد استخدم الفأر بشكل نمطى مفحوصا فى هذه التجربة ، حيث تم وضعه على قاعدة مرفوعة فى مواجهة لوحة تحتوى على نافذتين • وقد وضع فيهما مجموعة من البطاقات التى تحمل أنماطا وأشكالا متنوعة • ثم ألزم الحيوان (الفأر) بالقفز الى احدى النافذتين ، فاذا قفز الى النافذة الصحيحة فانه سيهبط على السطح الخلفى للقاعدة ، وستتم مكافأته بطعام ما ليأكله • أما اذا قفز الى النافذة الخاطئة فانه سوف يؤذى أنفه بالارتطام بها وسيسقط فى شبكة تقع أسفل اللوحة • ومن ناحية أخرى قام «ماير» (Maier; 1949) بأن قدم للحيوانات مهمة لا يمكن حلها ، حيث تم تحديد الاستجابة الصحيحة أو الخاطئة بشكل عشوائى •

وبعد عدد من المحاولات غير الناجحة ازاء الموقف المشكل غير القابل للحل رفضت الفئران مغادرة القاعدة • ومن ثم فان استجاباتها المبدئية تعد نوعا من الخضوع أو الاذعان • ويرى «ماير» أنه عندما يحدث ذلك فانه يمكن تشجيع الفئران على القفز بنخسها فى مؤخرتها بعصا ، أو بالنقر بخفة على ذيلها ، أو باعطائها صدمة كهربائية ••• الخ• على أن «ماير» نفسه قام بتوجيه تيار هوائى خفيف نحوها لتشجيعها على القفز • فاذا أعيقت الفئران عن القيام باستجابة مخفقة بالقفز مباشرة الى الشبكة ، أو فوق لوحة عمودية أو بالقفز على جانبى الأجهزة المستخدمة فى التجربة فان الفئران عندئذ ستشكل سلوكا نمطيا يتمثل فى استجابة غير تكيفية (لا سوية) بالقفز الى البطاقة نفسها ، أو فى الموضع ذاته بشكل متكرر ، وبطريقة تمنعها من القفز والعبور من النافذة ، حتى ولو كانت هى النافذة الصحيحة •

(هـ) العــدوان Aggression

يعد الافتراض الذى وضعه «دولارد» هو وآخرون (Dollard et al., 1939) عن العدوان ــ الاحباط من أكثر الأفكار التى شغلت البحوث المتعلقة بالاستجابة للاحباط . وكنتاج مبــاشر لمفهــوم «ماكدوجال» (McDougall, 1908) عن غريزة المشاكسة pugnacity فقد تضمن هذا الافتراض فى صورته الأصلية فرضين أساسيين :

أولهما أن العدوان يعد دائما نتاجا للاحباط .

وثانيهما أن حدوث السلوك العدوانى يفترض دائما ــ وبشكل مسبق ــ وجود الاحباط .

وعلى أية حال فقد قام «ميلار» (Miller, 1941) فى وقت لاحق بتعديل ذلك الافتراض ، حيث جاء فى صوره الأخيرة موضحا اعتبار العدوان واحدا فقط ضمن عدد من الأنماط المختلفة للاستجابة التى يثيرها الاحباط (انظر كذلك Berkowitz, 1962) .

وقد تمكن «دولارد» وآخرون (Dollard et al., 1939 ; Miller,1941) من التعرف الى أربعة مظاهر أو محددات للاستجابة النوعية للاحباط. وهى :

(أ) قوة الدافع للعدوان .

(ب) قوة ميل الفرد لكف الأفعال العدوانية .

(جـ) الموضوعات التى تنصب عليها الأفعال العدوانية .

(د) التفريغ الذى يشــمل الحاجة الى تصــريف الانفعالات المكبوتة والمكفوفة ، بالاضافة الى القدرة على ذلك التصريف .

وقد تراوحت التجارب التى صممت لاختبار هذا الفرض بين منع

الأطفال من وضع عدد معين من كرات البلى فى ثقوب مفتوحة فى لوحة (Haner & Brown, 1955) ، الى قياس عدد مرات الاحباط الفيزيولوجى والنفسى التى عانى منها مجموعة من القتلة المدانين خلال فترة طفولتهم (Palmer, 1960) الى القيام بمحاولة لايجاد ارتباط بين عدد مرات الاعدام — فى السنة الواحدة — دون محاكمة قانونية والتغيرات فى المؤشرات الاقتصادية ، بحيث اعتمد هذا الارتباط على قيمة محاصيل القطن وقيمة القطن فى الفدان الواحد فى أربع عشرة ولاية جنوبية بالولايات المتحدة الأمريكية (Hovland & Sears; 1940) ولكن انظر (Mintz, 1946) .

وقد كانت النتائج المبدئية مؤثرة ، بيد أن فرض العدوان ← الاحباط قد تعرض للنقد من خلال ثلاث نقاط رئيسة :

(أ) محدودية المعادلة الأصلية (العدوان ← الاحباط) والتى أفضت الى التعديل اللاحق الذى قام به «ميلر» (Miller, 1941) .

(ب) تبنيه لعديد من المقدمات المتعلقة بمفهوم الحافز Drive وبنظرية التعلم لدى «هل» ، وهما فى حد ذاتهما محل للتساؤل والنقاش .

(جـ) اخفاقه فى أخذ الجانب المعرفى أو الذاتى للموقف الاحباطى بعين الاعتبار .

وسواء أكانت مجموعة ما من الظروف البيئية محبطة أم غير محبطة فان ذلك قد يعتمد على كيفية ادراك الفرد لها . بل ان احباطها أو عدم احباطها مشروط بهذا الادراك (Pastore, 1950, 1952 ; Mischel; 1974;1977)

(و) الضغوط Pressures

اذا كان للاحباط والصراع أن يفضيا الى سلوك مرضى فانه لابد لمستوى الحافز (الدافعية أو الرغبة) أن يكون عاليا . وهذا الجانب

من الموقف يشار اليه اكلينيكيا بوصفه «ضغطا» ، حيث عرفه «كولمان» (Coleman, 1973, P. 169) بأنه تلك « المطالب التى ترغم الفرد على الاسراع بجهوده أو تقويتها » ، وقد ذكر أمثلة لذلك منهـا تضحيات الوالدين فى سبيل ارسال ولدهما الى كلية ما للدراسة ، وكذلك عدد القرارات المهمة التى لابد أن يقوم باصدارها كل يوم مدير أعمال تنفيذى •

والضغط مصطلح نواجهه بشكل غالب فى البحوث والدراسات التى أجريت مبكرا، حيث قامت بالتمييز بين الضغوط الداخلية inner والمطالب التى يلزم الفرد نفسه بأدائها ، والضغوط الخارجية ، ومطالب الآخرين التى يضطلع الفرد بتحقيقها نزولا على رغبتهم • وقد ارتأى «موراى» (Murray, 1938) مفهوما للضغط يتمثل فى كونه « قوة بيئية تعمل فى اتجاه مضاد للأفعال المتعلقة بحاجات نفسية » ، وهو مفهوم يرتبط على نحو واضح بمفهوم الضغوط الخارجية •

نقد العصاب التجريبى

تمثل النماذج التجريبية للمرض العقلى محاولات متشابهة أكثر منها صورا مطابقة ، ويتضح ذلك بوجه خاص حينما يكون الأنموذج قائما على أساس من تجارب الحيوانات نظرا لأن هذه التجارب تمنعنا من دراسة أية أعراض نفسية ذاتية (Abramson & Seligman, 1977) وتبعا لذلك فان نتائج تلك التجارب قد تم تفسيرها بطرق لم تلق قبولا واسعا على الدوام ، كما تعرضت للنقد على أساس من ثلاث نقاط تعد رئيسة لتلك التفسيرات ، وهى : صدق التماثل ، ومفهوم المرض العقلى ، وما يتم التوصل اليه من استنتاج يتعلق بدافعية الحيوان •

(أ) صـــدق التمــاثل Validity of the analogy

قدم « جراهام فولدز » Graham Foulds (من خلال اتصـــال شخصى) اقتراحا يقضى بأن الاختلاف الرئيس بين العصاب الحيوانى أو التجريبى والعصاب الانسانى يتمثل فى خوف الحيوان من النوع الأول مما سيحدث له ، بينما يكون الانسان فى النوع الثانى خائفا مما سيفعله هو • ويتسق تفســير «ليديل» (Liddell, 1956) للعصـــاب التجريبى مع اقتراح «فولدز» •

ومن المفترض أن جميع المواقف الصراعية تتسم بالمقت والبغض الشديد على نحو فطرى متأصل ، كمـــا تستثير نوعا ما من السلوك الهروبى اذا كان ذلك ممكنا بأية حال • وقد لاحظ «ليديل» (Liddell; 1956, P.15) ما هو حقيقة من أن كثيرا من الحيوانات التى تكشف عن عصاب تجريبى كانت مقيدة من الناحية البدنية أو بطريقة أخرى كانت محبوسة فى الموقف التجريبى • ومن هنا فقد افترض أن كل استجابة تقع فى موقف العصاب التجريبى اما أن تكـــون تحسينا أو تطويرا وتوسعا أو تشويها حادا لاستجابة الاقدام أو الاحجام •

وان تجربة كتلك التى قام بها «برادى» (Brady, 1958) قد تبدو مثيرة للتساؤل حول صدق التمييز الذى أشار اليه «فولدز» ، فلقد قام «برادى» بوضع قردين فى كرسيين مقيدين لحرية الحركة وموصلين بسلك يجعل القردين يتلقيان صدمة كهربية سريعة فى القدم كل عشرين ثانية • وبعد أن خصص «برادى» أحد القردين لتنفيذ التجربة بحيث سنماه القرد التجريبى أو التنفيذى قام بتدريبه على تفادى التعرض للصدمة الكهربية وحماية نفسه هو وقرينه منهـــا بالضغط على ذراع معدنى مرة واحدة على الأقل كل اثنين وعشرين ثانية • ثم تم وضع القردين بعد ذلك طبقا لجدول زمنى يقضى بتناوب تفادى الصدمة ثم الراحة على فترات متصلة تبـــلغ كل منها ست ســـاعات • وبعـــد

ثلاثة وعشرين يوما توفى القرد التنفيذى أثناء احدى فترات تفادى الصدمة الكهربائية • وقد كشف تشريح جثته عن وجود ثقب فى جدار الأمعاء الاثنى عشر ، مما يعـد علامة شائعة فى أفراد البشـر على اصابتهم بالقرحة • كما كشفت اعادة التجربة فى وقت لاحق عن الوصول الى النتائج نفسها مع وجود ثقوب اضافية فى جدار المعدة • وفى كلتا التجربتين تم ذبح القرد الآخر (القرد الضابط) وهو فى حالة صحية جيدة تضحية به (ينبغى التنويه بأن علماء النفس التجريبيين لايقومون مطلقا بقتل ما يستخدمونه فى تجاربهم من حيوانات أو غيرها كموضوعات تجريبية ، ولكنهم اذا فعلوا ذلك فانما يفعلونه بهدف التضحية بها فى سبيل تقدم العلم وتغييره) • ولكن تشريحه لم يكشف عن مثل هذا الشذوذ المرضى الذى وجد فى القرد التجريبى •

ومهما يكن من أمر فقد فشلت التجارب اللاحقة التى استخدمت أنظمة عمل وجداول مختلفة فى التوصل الى مثل هذه النتائج ، مما أدى بـ«برادى» الى الاستنتاج بأن الانعصاب الانفعالى المتكرر فى فترات نظامية يؤدى الى الاصابة بقرح فى المعدة فى حالة واحدة فقط ، وهى توافقه مع الايقاع البيولوجى الطبيعى للمريض •

(ب) مفهوم المرض العقلى

يعجز العمل التجريبى مع أفراد آخرين من غير الجنس البشرى عن بحث الجوانب الذاتية للمرض العقلى ، ومن ثم فانه يتحتم فى هذا الاطار التجريبى تعريف المرض العقلى من حيث السلوك العلنى الصريح و/أو الاستجابات الفيزيولوجية ، وهذا يعنى أن بعض الاضطرابات قد تم اعادة تعريفها • اذ يعزى الاكتئاب مثلا — من حيث وجوده الاكلينيكى — الى احساس ذاتى غامر بالافتقار الى السعادة ، بيد أنه من وجهة نظر تجريبية قد تمت اعادة تعريفه بعبارات سلوكية ترى بأنه

يمثل افتقارا الى سلوك اجتماعى توكيدى Assertive ، كما يرجع الى افتقار الى التعزيز الأيجابى (Wolpe, 1971, Costello, 1972) •

(جـ) دافعية المفحوص Motivation of the Subject

أوضح «ماير» (Maier, 1949) ـــ فى دراسة العلاج والنظر فيه ـــ أن علماء النفس يفسرون حدوث أنماط جديدة من السلوك بأربع طرق مختلفة :

١ ـــ التعلم الارتباطى أو الاشراط التقليدى ، حيث تتوافر امكانية امتداد استجابة ما عبر مواقف مختلفة متنوعة •

٢ ـــ الاشباع التشجيعى المكافىء أو الاشراط الاجرائى ، حيث يحدث تغير فى السلوك عقب تغير نتائجه •

٣ ـــ اعادة التنظيم الادراكى ، حيث يؤدى التغير فى الادراك أو تفسير المنبه الى تغير السلوك •

٤ ـــ حل المشكلة والاستبصار •

بيد أن هناك أنماطا من السلوك ـــ غير تكيفية فى العادة ـــ ليس من السهل ادراجها تحت أى من هذه الفئات العلاجية السابقة • اذ تعد الاثابة مثلا وسيلة للتعزيز والتدعيـــم ، وهى فى الوقت نفسه وسيلة لاحداث أنماط سلوكية جديدة وتأسسها ، وبينما تعد الاثابة كذلك فان للعقوبة أثرا عكسيا • من ناحية أخرى فان هذا الأثر العكسى صحيح فى حالة التبول اللاارادى ، اذ عندما يعاقب الطفل جزاء بلله لفراشه فان معاقبته تساعد على استمرار هذا السلوك بشكل ملح بل ربما بشكل أسوأ بدلا من انطفائه واختفائه على الأصح •

ونتيجة لذلك فقد سلم «ماير» (Maier, 1949) بوجود نمطين من السلوك: سلوك ناجم عن الاثارة والدافعية motivation - instigated

وسلوك آخر ناجم عن الاثارة والاحباط frustration - instigated وقد عرف «ماير» النمط الأول بوصفه « سلوكا لا هدف له » كما قام بالتفريق بين السلوك الذى لا هدف منه والفرد الذى يعمل دون هدف يسعى اليه .

ان السلوك الخالى من الهدف يرجع الى سلوك غير متأثر بالهدف أو محكوم به برغم الحقيقية القائلة باحتمال وجود هدف ما لدى الشخص . ومازال صدق التفريق بين الفرد الموجه نحو هدف ما والسلوك الموجه نحو هدف من الأهداف موضع نقاش ، كما أن ثمة عددا من الانتقادات التى وجهت الى نظرية «ماير» (انظر: Mowrer, 1960) وبخاصة فيما يتعلق بقضية تعريفه للسلوك الناجم عن الاثارة والاحباط بوصفه سلوكا لا هدف من ورائه .

وقد عرف «بيندرا» (Bindra, 1959, P.54) الهدف بوصفه باعثا اختاره المجرب كنقطة مرجعية لتوصيف السلوك الملاحظ . كما أشار الى أن اختياره لتلك النقطة المرجعية يتم بشكل تحكمى تام ، كما يحتاج الى الارتباط والتعلق فقط بما يجريه المجرب من تحليلات لا بالنية أو القصد لدى الحيوان أو بأية حالة ذاتية أخرى . من ناحية أخرى فان المجرب عادة ما يكون على معرفة وعلم بأن الأشياء والأحداث انما تعمل فى ظل ظروف معينة بوصفها بواعث ، وأن اختياره لموضوع معين كهدف انما يتحدد طبقا لتلك المعرفة ، كما يتزامن مع تلك الأهداف التى يختارها مفحوصوه .

ومن وجهة نظر المجرب فان الشكل النمطى للسلوك والذى كشفت عنه فئران «ماير» قد لا يكون سلوكا موجها نحو هدف من الأهداف نظرا لعدم توجهه نحو الهدف الذى وضعه المجرب بنفسه ، ولكنه يمكن أن يكون هدفا موجها من وجهة نظر الفأر ذاته . ومع ادخال مشكلة

غير قابلة للحل أو التفسير ثم ادخال نفخة هواء فى وقت لاحق فانه ربما يكون هدف الفأر قد تغير من البحث عن الطعام الى تجنب الألم وتقاديه (Mowrer, 1950 ; McClelland, 1950;1951 ; Eglash, 1951)

المحددات الجيوفيزيائية (الجغرافية ــ الطبيعية) للسلوك المرضى

يمكن تصنيف المظاهر البيئية التى قد تسهم فى تكــوين عوامل مؤدية الى الانعصاب تحت عنوانين واسعين :

ــ عوامل جغرافية مادية أو طبيعية •

ــ عوامل ثقافية اجتماعية أو من صنع الانسان •

ويتضمن النوع الأول من تلك العوامل القمر ، والبيئة الجغرافيــة المغناطيسية ، ودرجة الحرارة والمناخ • وفيما يلى تفصيل لتلك العوامل•

(أ) القمـــــر Moon

هناك اعتقاد بأن للقمر تأثيرا على السلوك • ويعد ذلك مثـــالا محددا للاعتقاد السائد على نحو واسع بأن للأفلاك تأثيرا على السلوك، وهو اعتقاد يضرب فى أغوار الماضى البعيد حيث يعود على الأقل الى سنة ٤٠٠ ق•م ، كما اعترف به « ويليام شيكسبير » نفسه فى أشعاره، حيث يقول :

ليس الخطأ فى نجومنا (طوالعنا) ياعزيزى بروتوس

ولكنه فى أنفسنا ، حيث اننا أشخاص ضئيلو الشأن مرءوسون

(Julius Caesar, I. ii, c. 1601)

وعلى الرغم من أن افتراض الفلكيين لم يصمد جيدا للدفاع عن نفسه فى المحافل العلمية فانه مازال هناك عديد من الأشخاص الذين يؤمنون بخـــرائط الأبراج التى يستعملها المنجمون لكشف الطـــوالع Horoscopes تقوم كثـــير من الصـــحف والمجـــلات بنشرها • كذلك

فان الاعتقاد بتأثير القمر بوجه خاص مايزال له دوره فى اصدار تقارير بحثية متعارضة .

وقد مالت التفسيرات المقترحة التى حاولت ايضاح العلاقة بين القمر والسلوك الى اظهار النمو الذى طرأ على المعرفة العلمية ، بل على المعرفة بالتشريح الانسانى والأداء الوظيفى للجسم . فقد عزا « بلينى الأكبر » Pliny the Elder الذى عاش فى الفترة من ٢٣ ــ ٧٩م ، و « كلودياس بطليموس » Claudius Ptolemy (سنة ١٥٠م) السلوك المرضى المتعلق بالجنون lunacy الى رطوبة المخ ونداوته ، كما اعتقدا بأن هذه الرطوبة ناجمة عن القمر وأنها تحدث بالطريقة نفسها التى يحدث بها الندى الليلى . وفى وقت لاحق وعندما لوحظ ما هنالك من تشابه بين نسبة الماء الى المواد العضوية وغير العضوية فى جسم الانسان والنسبة نفسها فى الكون عموما ــ والتى تبلغ ٤ الى ١ تقريبا ــ فقد استدل من ذلك على أنه اذا كان الجــذب أو السحب الجاذبى للقمر يمكن أن يؤدى الى تغيرات متعلقة بالمد والجزر tidal changes فى مسطحات الكون المائية فانه يمكــن أن يؤدى كذلك الى تغيرات مدية وجزرية فى مقادير الماء وكمياته فى أجسام الناس والتى ـ اذا أخذنا فى الاعتبار ما يرتبط بهــا من تغيرات تحللية كهربيــة electrolyte وهورمونية hormonal ــ تؤثر بدورها فى بدايات النشاط العصبى أو عتباته (Lieber & Sherin, 1972) .

وقد تراوح السلوك الذى ارتبــط بأوجه القمر بين الصــرع ، واستدعاءات تليفونية غير متمــايزة لمراكز المحــن crisis centers (Weiskott, 1974) وادارات مستشفيات الطب النفسى (Osborn, 1968, Pokorny;1968) الى الانتحــار (Chereau; cited by Oliven; 1943) والقتل (Lieber & Sherin; 1972) . من ناحيــة أخرى فان ثمة عددا قليلا من الدراسات التى أعيد اجراؤها والتى لم تتح فرصة لمزيد

من التفسيرات المجملة المختصرة (Coles & Cooke, 1978; Cooke & Coles; 1978; Campbell and Beets, 1978) قد افترض أن الاخفاق فى البرهنة على ما للقمر من تأثير على السلوك يعود الى الاخفاق فى ايجاد تعريف ملائم لنمط السلوك موضع التأثر : فالجنون اعتقاد بالأسباب المرضية للاضطراب الذى لم يتم مطلقا تحديده بدقة (Cooke & Coles, 1978, P.895) .

البيئة الجغرافية المغناطيسية Geomagnetic

تتميز الكرة الأرضية باشتمالها على مجالات مغناطيسية قوية تتدفق بشكل مستمر ثابت ، كما تشتمل على عديد من الأجزاء الخاضعة لقوى الجذب المغناطيسى بقدر متنوع من الشدة فى مختلف الأوقات • ويعد النشاط الشمسى المرتبط بما يطلق عليه عادة « كلف الشمس sunspots » ظاهرة مستقلة برغم تأثيرها وتأثرها بمجالات المغناطيسية الأرضية •

ومن حين الى آخر ، وعلى فترات غير منتظمة يبرز فجأة نشاط قوى متزايد فى الشمس بحيث يفضى الى اطلاق جسيمات ذرية مشحونة فى الفضاء بوصفها « أشعة كونية » cosmic radiation • وبعد عدة أيام من بروز هذا النشاط تصل بعض هذه الجسيمات الى الغلاف الأرضى حيث تعجل بحدوث عواصف من الجاذبية المغناطيسية •

وقد كشفت البحوث عن وجود ارتباطات تتراوح دلالاتها الاحصائية بين منخفضة الى ملحوظة واضحة ، وذلك بين فترات نشاط الجذب المغناطيسى الطبيعى المتميزة بكثافتها الأقوى — كما تبدو فى الأيام التى تنشط فيها العواصف — والقياس العام للاضطراب النفسى ومعدلات الالتحاق بمستشفيات الطب النفسى (Friedman, Becker & Bachman, 1963) ، كما وجدت ارتباطات ايجابية بينهما معا من ناحية وبين سلوك المرضى المودعين بالمستشفيات ومستوى الاشعاع

الكونى من ناحية أخرى على الرغم مما أبداه بعض المرضى من تحسن ومن تدنى حالة بعضهم الآخر الى الأسوأ خلال الفترات ذات المستويات العالية من الاشعاع الكونى (Friedman, Becker & Bachman;1965) ومهما يكن من أمر فانه لم يرد من التقارير ما يدل على اعادة استخراج تلك النتائج (Pokorny & Mefferd, 1966) للتأكد منها .

درجة الحرارة والمناخ

تعد تأثيرات المناخ على راحة الانسان مسألة خبرة عامة بالدرجات القصوى للحرارة والرطوبة التى تتسبب فى إحداث تغيرات وظيفية واسعة (Griffitt & Veitch, 1971) وقد حظيت العلاقة بين المناخ والصحة العقلية على كل حال بقدر ضئيل نسبيا من الدراسة والبحث العلمى ، كما جاءت النتائج فى هذا الصدد غير نهائية أو حاسمة . (Pokorny & Mefferd, 1966)

ويبدو أن ثمة علاقة واضحة بين فصول السنة ومعدلات الالتحاق بمستشفيات الطب النفسى للعلاج ، مع ارتفاع تلك المعدلات بقدر كبير فى أشهر الصيف وانخفاضها كثيرا فى أشهر الشتاء (انظر مثلا (Bradly & Lucero, 1958; Lucero et al., 1963; James & Griffin; 1968; Sanborn, Casey & Niswander, 1970) .

كذلك فقد أوردت بعض التقارير ما يفيد بلوغ معدلات الانتحار ذروتها فى أشهر الصيف الأولى (Pokorny et al., 1963; Stengle, 1964; Digon & Bock, 1966; Cerbus; 1970; Sanborn; Casey & Niswander, 1970) كما أظهرت التقارير الصادرة عن المكتب الفيدرالى للتحقيق فى الجرائم بالولايات المتحدة الأمريكية أن الجرائم المرتكبة ضد الشعب تبلغ ذروتها أثناء أشهر الصيف ، وهى أكثر انتشارا فى الأجزاء الجنوبية منها فى الأجزاء الشمالية من الولايات المتحدة الأمريكية . بيد أن هذه مجرد ارتباطات فقط .

فاذا أدت التغيرات العادية فى درجة الحرارة والمناخ الى التأثير فى السلوك المرضى فانها من المحتمل أن تفعل ذلك بطريق غير مباشر : اذ ان انتشار الضوء والدفء فى أشهر الصيف يؤدى الى تيسير التفاعلات الاجتماعية والشخصية المتبادلة بوجه عام ، بينما تميل الشدائد والضوائق الاقتصادية على الأرجح الى أن تكون أكثر خطورة وشدة أثناء الشهور المظلمة والباردة من أشهر السنة (Jones, 1956; MacDonald,1961) .

المحددات الثقافية الاجتماعية للسلوك المرضى

تعد الثقافة Culture أسلوبا لحياة مجموعة من الناس ، وتتميز عن المجتمع بوصفه مجموعة منظمة من الناس الذين يتبعون نمطا معينا فى ممارسة حياتهم (Melville & Herskovits; quoted by Barnhart & Barnhart, 1978) .

وطبقا لتعريف الثقافة بهذا المعنى فان مدة الحياة لثقافة ما تمتد الى مدى أبعد من مدة حياة أى عضو من أعضاء المجتمع (Draguns & Phillips, 1972) . وقد استخدم هذا المصطلح المركب « الثقافية الاجتماعية soiocultural » هنا للاشارة الى كل من القواعد والمعايير والأعراف والتقاليد ، والتى تقود سلوك الناس فى مجتمع ما ، ومن ثم يتكون من خلالها « أسلوبهم فى الحياة » بالاضافة الى ما يتميز به هؤلاء الناس من خصائص فى علاقات بعضهم ببعض ، والتى تشكل أساسا لتكوين ثقافات فرعية .

ويتسق الاعتراف بما للعوامل الثقافية من تأثير على السلوك مع ما لاحظه «بيتيرز» (Peters, 1960;P.5) من أن « الانسان حيوان متبع للقواعد Man is rule-following animal فأفعاله وتصرفاته ليست موجهة ببساطة نحو أهداف معينة ، كما أنها تنسجم مع الأعراف

والمعايير الاجتماعية ، وعلى العكس من الآلة الحاسبة فانه يتصرف وفقا لأهدافه ومعرفته بالقواعد والأحكام » •

ان تأثير الثقافة على المرض العقلي لشامل واسع ، كما أنه ليس ضارا بالصحة أو مؤذيا لها دائما • فالمساندة الاجتماعية ـ طبقا لتعريفها بأنها تلك الأنظمة الاجتماعية التى تمكن الفرد من الاعتقاد بأنه موضع عناية واهتمام ، وأنه ينظر اليه بوصفه عضوا نافعا في المجتمع ـ هذه المساندة يمكن أن تكون معيقة له ومحسنة لحالته معا فى الوقت نفسه (Cobb, 1976) • بيد أن اهتمامنا ينصب فى هذا الفصل على التأثيرات السلبية للثقافة والتى ألح اليها الباحثون فى الغالب الأعظم •

ان الأمر باستخدام اجراءات معينة لتنشئة الطفل ، واختيار أهداف تربوية لتربيته يكفل للثقافة تكوين فرد ناضج بحيث يكون اما مريضا عقليا أو لديه الاستعداد والميل لأن يغدو كذلك • وثمة أدوار اجتماعية معينة أو عمليات تغير قد تسهم بشكل خاص فى خلق مناخ ضاغط انعصابى قوى ، وقد تسهم كذلك فى التعجيل بحدوث سلسلة من الأحداث المتصلة بنزوع المرض العقلى لدى الشخص ، والذى كان نموه سويا بالضرورة حتى تلك اللحظة • ومن خلال أنماط متنوعة من الاثابة والجزاء فانه يمكن للثقافة أن تؤثر فى الطريقة التى سيعبر بها الشخص الانعصابى عن ألمه وأساه ، وبالتالى يعبر عن أعراض مرضه • وأخيرا فان الثقافة تحدد التعريف الدقيق للمرض العقلى ، كما تحدد من أنماط السلوك ما سيعد عاديا سويا وما سيعد مرضيا لا سويا •
(Benedict, 1934a; Wegrocki; 1939; Leighton & Hughes, 1961)

ان المتغيرات الثقافية الاجتماعية الرئيسة التى ينظر اليها باعتبارها فعالة أو معجلة بأسباب حدوث المرض العقلى تشمل فيما تتضمنه عوامل مثل التحضر ، والكثافة السكانية ، والعزلة الاجتماعية وانتقاء المعايير ،

والمكانية ، والحيز الشخصى ، والطبقة الاجتماعية ، والبطالة ، والفقر ، والحراك الاجتماعى ، بالاضـــافة الى بعض الاتجاهات الاجتماعيـــة كالعنصرية racism والتحيز الجنسى sexism . أما أساليب تنشئة الأطفال والممارسات التربوية وأهدافهما فاننا سوف نتعرض لهـــا فى الفصل التاسع .

(أ) التحضـــر Urbanization

تبلغ النسبة المئوية لمعدلات دخول المستشفيات العقلية بالمدن حدا عاليا يبلغ ضعف معدلات دخول تلك المستشفيات فى الريف ، بحيث كلما ازدادت كثافة الســـكان فى المدن ارتفعت نسبة تلك المعـــدلات (Rosen, Fox & Gregory, 1972) . بيد أنه على الرغم من توافر قدر لا بأس به من البحوث والتأملات فى هذا الصدد ، فان تحديد ما اذا كانت الحياة الريفية أصح (أكثر صحة)من الحياة الحضرية فى المدن مايزال أمرا غير واضح (Freeman; 1978) . وبينما ينسب جزء من ذلك الى امكانية الانحراف الحضرى أو الهجرة المنتقاة ,Myerson (1940 ، فان مفهومى «الريفى» و «الحضرى» غير متجانسين ، بل يتضمنان عددا كبيرا من المتغيرات (Kasl,1977) .

ويتمثل الأصل التاريخى للمدينة فى كونها مكانا يقيم الناس فيه معا بهدف الحماية ولتيسير الأعمال والتوظف ، بالاضافة الى امكانية الحصول على خدمات تعليمية وترفيهية وثقافية أفضل بكثير مما يمكن أن يقدمه التجمع السكانى المتفرق . ومن المفترض أن مدن القـــرن العشرين قد أصبحت أكبر وأكثر اتساعا .

ان الاتهام القائل بأن المدينة قد أصبحت كبيرة الى حد بالغ قد يعنى أنها تحتوى على عدد كبير جدا من الناس ، وأنها قد أصبحت مكتظة بهم . أو قد يعنى أن التصميم الأساسى للمدينة ـــ والذى ربما

كان ملائما على نطاق ضيق ــ أصبح غير ملائم خارج نطاق مساحة جغرافية معينة •

لقــد بات مخططو المدن الصــغيرة فى الستينيات والسبعينيات والثمانينيات مشغولين بالتخصص فى استخدام الأرض • ولكن على الرغم من وجود قيمة واضحة فى فصل بعض الاستخدامات عن الأخرى فصلا ماديا ــ كفصل المبانى والتجهيزات الخاصة بمعالجة مياه البواليع وأقذارها عن الأحياء والتقسيمات السكنية ــ فانه يمكن القول بأن فصل الاستخدامات السكنية والصناعية والتجارية والترفيهية عن بعضها بعضا قد بعد عن مفهوم تخطيط المدن بعدا بالغا (Freeman, 1978) •
ولقد كان من المقدر أن من يقيمون من الناس فى المدن فى العصــور الاغريقية والرومانية القديمة كان بوسعهم السير الى ضــواحيها فى ما لا يزيد على عشر دقائق بغض النظر عن مواقع تلك الضواحى • ولذلك فلم تكن كل مزايا الحياة وفوائدها فى حياة المدينة فى سهولة الوصول اليها فقط ، بل كانت كذلك فى الريف الطلق الحر • فالسير لعشر دقائق لم يكن ليبعد الغالبية العظمى من الأمريكيين الشماليين عن أحياء السكنى الفرعية التى اتسمت بطابع الستينيات •

وقد شــبه « بكمينيستر فولار » المدينة ببــاخرة تعمل فى خط مواصلات نظامى فى المحيط ، اذ قد تم اعدادها لتتسع لعدد معين من المقيمين فى كل رحلة بحرية • فاذا تضاعف عدد الركاب بشكل ملح فانه يتم بناء باخرة أخرى • ولم يفكر أحد فى افتتاح مناطق فرعيــة جديدة حول السفينة بتجميد مكعبات ثلجية من المحيط ، ثم الحاقها بجسم السفينة على نحو غير متجانس لكى تستوعب العدد الزائد من الركاب ــ بينما يتم اعادة بناء وتكبير مناطق الخدمة مستقلة عن تلك المناطق الفرعية الجديدة ــ حتى تغدو السفينة وكأنها مخلوق غريب

عاجز عن الحركة • ومع ذلك فان تلك هى الطريقة التى تنمو بها المدينة المعاصرة وتتسع •

(ب) الكثافة السكانية Population density

تعد الستينيات عقد الاهتمام المكثف بالبيئة • وتتمثل احدى ملامح هذا الاهتمام فى انشغال العلماء بمعدل النمو السكانى فى العالم وما يحمله من مضمونات بالنسبة لمستقبل الجنس البشرى • وقد أظهر التقدير الذى أجرى عام ١٩٦٩ تضاعف عدد سكان العالم كل أربعين عاما ، مما أدى بالعلماء حينئذ الى وضع تصورات مثيرة للانتباه لما يسفر عنه هذا التضاعف من احتمالات مستقبلية • فان «لوتين» (Luten, 1964) مثلا قد قدر أنه خلال ٨٠٠ عام قد يصبح نصيب كل فرد ٥ أقدام مربعة(*) من كل من السطح والأرض والبحر ، وأنه خلال ألفى عام سيمتد حجم الجنس البشرى الى خارج الأرض بسرعة الضوء • وقد تركز معظم الاهتمام حول قضية البقاء البيولوجى (العضوى) biological survival ، وحول ما اذا كان من الممكن توافر طعام ومأوى كافيين لكل من يعيشون فى المستقبل من الناس • بيد أنه وجد كذلك اهتمام بنوعية الحياة وتأثيراتها على الصحة العقلية لمن يعيشون فى ظل تلك الظروف المتسمة بالكثافة والازدحام •

وقد قام «كالهاون» (Calhoun; 1962) بتحديد اقامة مجموعة من الفئران النامية معا فى منطقة تستوعب نصف كثافتها السكانية العادية• وبرغم أنها قد عوملت من نواح أخرى بشكل عادى — حيث أعطيت طعاما كافيا ملائما ، ومواد لازمة للعيش والمأوى — فان الحيوانات الحوامل قد فشلت بشكل متكرر فى اتمام فترة حملها بالكامل ، كما أن معدل وفيات صغارها قد ارتفع بحيث بلغ ٩٦٪ ، ومالت الذكور من تلك الحيوانات الى أن تصبح سلبية جدا بحيث كشفت عن سلوك

(*) أى ١٥٠ سم٢ •

الجنسية المثلية وعن سلوك غير ملائم من اشتهاء الجنس المغاير ، كما غدت ميالة الى أكل لحوم بعضها بعضا .

كما أجرى «كريستيان» (Christian, 1959) دراسة استخدم فيها مجموعات سكانية من الفئران الأليفة، وقد وجد من بين نتائجها أن الكثافة السكانية العاليـــة قد أدت الى تغـــيرات فيزيولوجية شـــبيهة بالاستجابة التنبيهية المنذرة التى حصل عليها «سيلى» وهى : تضخم فى الغدد الأدرينالية ، وضمور فى الغدد التناسلية ، وتناقص فى فعالية الغدة الصعترية . وقد أظهر تضخم الغدد الأدرينالية وضمور الغـــدة التناسلية علاقة خطية مستقيمة Linear بلوغاريتم الكثافة السكانية .

وقد أورد «كريستيان ، فلايجر ، دافيس » تقريرا عن دراسة الكثافة السكانية تضمنت قطيعا من الغزلان تحت ظروف طبيعية . ففى عام ١٩١٦ أطلق سراح قطيع من الغزلان القطبية فى جزيرة غير آهلة بالسكان ، كانت تقع فى « شيسابيك باى » على شاطىء المحيط الأطلنطى بالولايات المتحدة الأمريكية . وبحلول عام ١٩٥٥ كان هناك ٣٠٠ حيوان تقريبا بمتوسط غزال واحد لكل «أكر» acre (٤٠٠٠م٢) . وقد عد ذلك بمثابة أقصى كثافة قابلة للحياة أو النمو ، بيد أن حجم قطيع الغزلان استمر فى التزايد . وبعد مرور ثلاث سنوات بدأت الغزلان تنفق . وبحلول عام ١٩٥٩ تبقى من الغزلان ثمانون فقط . وقد أظهر تشريح جثث الغزلان النافقة تعرضها لصدمة أعقبها اضطراب حاد فى العمليات الأيضية metabolic بحيث تضمن نشاطا مفـــرطا مطولا فى الغـــدد الأدرينالية مما أدى الى موتها .

ومن المفترض بالنسبة للكائنات الانسانية أن عدد الأفراد فى كل وحدة مكانية أقل أهمية من نمط البنـــاء وشكله من حيث هو محـــدد للسلوك المرضى ، نظرا لأن التكنولوجيا الانسانية والتصميم المعمارى

بوسعهما التخفيف من آثار الكثافة العالية (Gillis, 1974) • ومن ثم فانه قد تم التفريق بين الكثافة density (عدد الأفراد المقيمين فى كل منطقة) والزحام Crowding (عدد الأفراد المقيمين فى كل مسكن)، بل حتى بين عدد الأفراد فى كل غرفة ، وعددهم فى كل مسكن ، وعددهم فى كل حى ، وفى كل محافظة ••• الخ (Michelson, 1970) •

ان التأثيرات المرتبطة بالكثافة العالية لمجموعة سكانية تتأثر بالتالى بالبناء الاجتماعى العام الذى تقع فيه ، ومن المستحيل طرح معايير مطلقـة فى هذا الصـدد (Freedman, 1978) فقـد وجد «شميت» (Schmitt, 1963) مثلا انخفاضا فى معدلات الشذوذ المرضى فى هونج كونج بالرغم من تزاحم الناس بشكل مفرط طبقا للمعايير التى وضعها «كومبارد دى لوييس» (Chombard de Lauwes, 1959) لفرنسا• ومن ثم فان الدراسات التى اهتمت بمجموعات السكان البشرية لم تفض الى نتائج متسقة بالدرجة نفسها التى اتسمت بها نتائج الدراسات التى أجريت على مجموعات مختلفة من الفئران والجرذان والغزلان •

وقد قام «كوللن» (Coleman, 1964) بتفسير النتائج التى أسفرت عنها دراسة «كالهاون» فيما يتعلق بالضغوط البيئية والأعباء الزائدة المرهقة (Miller, 1960, 1961) ، بيد ان الاضطرابات النفسجسمية لم ترتبط بشكل محدد لا بالزحام ولا بالكثافة السكانية العالية •

أما «شميت» فقد وجد أن عددا أكبر من المتوقع من الأحداث الجانحين ونزلاء السجون فى «هونولولو» قد انحدروا من أحياء تتميز بازدحامها الشديد ، وقد احتوت على مساكن متعددة الأسر ، كما احتوت أبنيتها على وحدات عديدة ، كما وجد أن نسبة عدد السكان القاطنين فيها كانت عالية بالنسبة للأرض الملائمة للسكنى والاقامة • غير أن هذا الارتباط يحتمل تفسيرات عديدة• وقد قام «فريدمان، هيشكا، ليفى» (Freedman, Heshka & Levy, 1975) بتفحص العلاقة بين الكثافة

السكانية وعديد من الاضطرابات فى مدينة نيويورك ، وعلى حين كان هناك عدد من الارتباطات الدالة فان معظمها قد اختفى عنـدما قام الباحثون بضبط متغيرى الدخل والأصل العرقى .

وعلى العموم فان الكثافة السكانية بين المجموعات السكانية البشرية يغلب أن ينتـج عنها انخفاض مستوى الصـحة البدنيـة ، وضعف الممارسات الخاصة بتنشئة الأطفال ، كما تميل الى تنمية مشاعر السخط أو النقمة، والنفور من الوحدة، وبذر بذور التشاؤم واللامبالاة، أو عدم الاكتـراث (Schorr, 1963) . وقد قام «كورت» (Korte, 1976) بمراجعة البحوث والدراسات السابقة فى هذا الصدد ، وانتهى من مراجعتها الى أن الكثافة السكانية لم تكن لها تأثيرات ذات دلالة على السلوك الاجتماعى (انظر كذلك : Hawley, 1972) .

العـزلة الاجتماعيـة Social Isolation

تعد العزلة النقيض المضاد للزحام المفرط ، وبوسع المرء أن يحيا منعزلا بشكل فعال ــ أى أن يقلل من احتكاكه واتصاله ببيئته عبر واحدة من ثلاث طرق :

ــ أن يعايش بيئة فقيرة محرومة من المنبهات .

ــ أن يعانى من قصور حسى هامشى يعـوق قدرته على اقامة اتصال ناجح مع بيئته .

ــ أن يعانى من قصور ادراكى مركزى ، بحيث يعوق قدرته على فهم بيئته أو الوعى بها .

وقد أوردت الدراسات تقـارير تفيد بأن معدلات الالتحـاق بالمستشفيات العقلية كانت أعلى بين المهاجرين منهـا بين المواطنين الأصليين (Rosen, Fox & Gregory, 1972; Arieti, 1974b) وبرغم

وجود مؤثرات أخرى دون شك كالبطالة ، وما يطرحه التغير المفاجئ في أسلوب الحياة من ضغط على المهاجر ؛ بل حتى سوء التوافق السابق الذى يجعل الفرد يفكر في اتخاذ قرار بالهجرة أو عدمه ـ على الرغم من تلك المؤثرات ـ فان المهاجرين غالبا ما يتسمون بقلة احتكاكاتهم الاجتماعية وضعفها بحيث يمكن على الأقل ارجاع جزء من حدوث المرض العقلى بشكل متزايد بينهم الى العزلة الاجتماعية .

ويؤدى القصور الحسى الى ضعف واضح فى اتصال المرء ببيئته ، كما أن الأسلوب الذى يستجيب به لبيئته قد لا يكون تكيفيا على الدوام . وانه لمن الأمور الشائعة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من صمم أن يعانوا بالتالى من الاحباط والتشكك فيما يتعلق بتواصلهم مع الآخرين ممن يعايشونهم فى بيئتهم . كما يمكن للاستجابة البارانويدية (المليئة بالشك والارتياب) بشكل دال من الناحية الاكلينيكية أن تنمو وتتطور بوصفها استجابة للصمم المركزى أو الادراكى أو استجابة للحبسة الاستقبالية receptive aphasis (Benson & Geschwind, 1975)

وقد سبق «ليز جيلينر» (Lise Gellner, 1959) زميله «ريملاند» (Rimland, 1964) بافتراض يقضى بأن الاجترار الذاتى فى الطفولة Childhood autism قد ينجم عن قصور أو ضعف ادراكى مركزى . بيد أن هناك نظرية أخرى أكثر عمومية قام «بوس» بوضعها فى هذا الصدد (Pos, 1965) .

ففى محاولة لتفسير حالات الهلوسة وما يصحب حالات الفصام من اضطراب فى التفكير قام «بوس» وآخرون بالاشارة الى أنموذج أطلق عليه « أنموذج الشحن الأدنى بالمعلومات » informational underload model. (Pos, 1965, Brawley & Pos; 1967; Pos et al., 1967) .

فقد افترض أن المخ ـ لكى يؤدى وظيفته بشكل عادى ـ يعتمد على

كل من المعلومات المختزنة فيه وتزويده بشكل مستمر بمدخلات حسية جديدة • فاذا ما انخفض تدفق البيانات الحسية الجديدة الى المخ الى مستوى معين فانه يطور حالة من الشحن الأقل بالمعلومات ، وعندئذ سيتوجب على المخ الاعتماد بشكل مكثف على ما اختزن من معلومات للاحتفاظ بالمستوى اللازم من الاستثارة والتنبيه • وهذا يؤدى الى ما يسمى بالتفكير الذاتى الاجتـرارى Autistic thinking وحالات الهلوسة hallucination طبقا لتعريفهما تقريبا • وقد افترض « بوس » أن تزويد المخ ببيانات حسية جديدة قد يتأثر بعوامل وراثية ، وبالتمثيل الغذائى ، والتدهور العقلى أو البدنى وبعوامل تسممية بالاضافة الى تأثره بالتعلم الخاطىء •

وقد أثارت التقارير المتعلقة بغسيل المخ سياسيا والذى أجرى للمسجونين فى الحرب الكورية (١٩٥٠ — ١٩٥٣) عددا من التجـارب المعملية ، حيث أجريت محاولة اختزال رئيسى فى الاستثارة البيئية ، كما استخدمت مجموعة من العمليات التى تهدف الى ايجاد أنمـاط نفسية شاذة abnormalities لدى صغار السن من الأشخاص العاديين بصفة أساسية (انظر Goldberger, 1966) وقد تمثلت تلك التجارب فى نمطين : أولهما استخدام الحرمان الحسى sensory deprivation حيث أجريت محاولات للتخفيف من الاستثارة الحسية والاقلال منها الى الحـد الأدنى المطلق (Lilly, 1956; Shurley, 1963, Vernon, 1963) وثانيهما استخدام العزل الادراكى perceptual isolation حيث تـم تدمير نمط الاستثارة وتنظيمها الهادف الملىء بالمغزى ، فى حين تم الاحتفاظ بمستوى الاستثارة بشكل عادى تقريبا (Bexton, Heron & Scott, 1954) .

وعلى الرغم مما استخدم من أساليب لاغراء الأشخاص الذين أجريت عليهم التجارب بحوافز مالية عالية فانهم جميعا قد استخدموا أساليب للتحايل حتى لا يبقوا فى تلك البيئات لعدد من الأيام التى حددها

المجربون فى الأصل ، وقد بدت الآثار واضحة فى السلوك العام ، كما شوهدت فى الوظائف الحسية والادراكية والذهنية والشخصية ، كذلك فقد غدا المفحوصون أقل شعورا بالراحة ، وأكثر نشاطا فى البحث عن شكل ما من أشكال التنبيه والاستثارة ، بالاضافة الى تكشفهم عن حدة حسية عالية ، مع تشوش ادراكهم واضطرابه ، بل انهم تكشفوا حتى عن أنماط من الهلوسة ، وضعف التفكير الناقد ، وقصور الذاكرة ، كما غدوا اما غير مكترثين أو عدوانيين ،

اضطراب المعايير (اللامعيارية) Anomie

نما مفهوم اللامعيارية أساسا من خلال الدراسات التى قام بها «دوركايم» (Durkheim, 1897)وقد قدمه تفسيرا لتزايد معدل الانتحار الذى لاحظه خلال فترات الأزمات السياسية والاقتصادية ، وتتمثل فرضيته الأساسية فى أن الفوضى أو الاضطراب الاجتماعى يؤدى الى فوضى أو اضطراب فى الشخصية ، وقد اعتبر «اللامعيارية» حالة من التمزق الاجتماعى ، حيث يغدو الأشخاص الذين كان بوسعهم التوافق فيما مضى أكثر معاناة — فى ظل ذلك التمزق — من صعوبات فى التوافق مع بيئاتهم (Wittkower & Prince, 1974; Calhoun et al., 1977; Coleman; Butcher & Carson; 1980) وعلى كل حال فان ما توافر مؤخرا من دراسات وبحوث سيكولوجية وطبية نفسية يوضح أن اللامعيارية قد غدت دالة على حالة عقلية لدى الناس ، وهى خاضعة للاضطراب والفوضى الاجتماعية ، كما تتميز بمشاعر اليأس والاغتراب والاحساس بانعدام الطموحات أو زوالها (Gottesfeld; 1979) ،

المكانية والحيز الشخصى

يشير مصطلح الاقليمية أو المكانية Territoriality الى البنية التى تشغل فراغا ثابتا حيث يشعر الشخص بنوع ما من الملكية (Lee, 1976)..

أما الحيـز الشخصى personal space فهو تلك المنطقـة التى تحيط بجسم الفرد ، حيث يمكنه ادراك تطفلات الآخرين بوصفها مهددة له (Sommer, 1969) وعلى الرغم من أن هذا المفهوم يبدو وكأنه قد تعرض جيدا للبحث والدراسة من قبل المتخصصين فى مجال السلالات البشرية ethologists فان دلالته فى علم النفس والطب النفسى ماتزال غير مؤكدة (Freeman, 1978) ويميل الناس عموما الى الاحتفـاظ بمسافة مميزة بينهم وبين الآخرين ممن يعيشون فى بيئاتهم ، بيد أن هذه المسافة طبقا للتقارير الواردة تبدو أكبر بالنسبة للمرضى الفصاميين منها بالنسبة لغيرهم • وهى أكبر بالنسبة للانطوائيين منهـا بالنسبة للانبساطيين ، بالاضافة الى أنها أكبر لدى السجناء المتميزين بالعنف منها لدى السجنان الذين لا يتميزون بالعنف (Horowitz et al., 1964).

والمسافة قد تتضمن الزمان كمـا تتضمن المسـاحة أو المكان (Sommer; 1969) والمكان اما أن يكون نفسيا أو ماديا physical وقد قام «فرايد ، دى فازيو» (Fried & DeFazio, 1974) ببحث السلوك الحيزى أو المكانى بين ركاب مترو الأنفاق فى نيويورك • وقد وجدا أن الركاب يلجأون الى الدفاع الحيزى أو المكانى فى صورة تجنب تبادل الاتصال البصرى eye contact بينهم ، وعدم الميـل الى الاستجابة للآخرين ، وذلك خلال ساعة الذروة (ازدحام الشوارع بالمواصلات والناس) حيث تتعذر المحافظة على المسافة المكانية • وقد تم الحصول على ملاحظات مشابهة على عينة من المسافرين الانجليز بوساطة مترو الأنفاق فى لندن وخطوط السكك الحديدية البريطانية •

الطبقة الاجتماعية Social Class

يتم عادة تعريف الطبقة الاجتماعية على ضوء ثلاثة عوامل هى : التربية ، والدخل ، ومنطقة الاقامة • وعلى الرغم من أن هذه المتغيرات الثلاثة قد تبدو غير مترابطة تماما فانها تفسح المجال لتصنيف الناس

بشكل يتراوح بين قادة المجتمع المحلى فى الحياة العملية والمهنية الى العمال غير المهرة .

ان مسألة انتشار المرض العقلى فى الطبقات الاجتماعية المختلفة قد غدت معقدة من خلال الاهتمام الزائد بالطبقات الدنيا . ولربما كان السبب فى ذلك ببساطة هو أن تلك الطبقات الدنيا أكثر طواعية للبحث والدراسة (King, 1978) ، أو أنها أكثر خضوعا للظلم والاضطهاد، وأكثر احساسا بوطأة الحياة (King, Dixon & Nobles,1976) ، وهى حالة قد تؤدى فيها غزارة الأنشطة المتعلقة بالبحث العلمى الى زيادة حزنهم أو كربهم والاضافة اليه . بيد أن هناك دراسة يتم الاستشهاد بها على نحو واسع تفيد بأن ثمة معدل انتشار متزايد للاضطرابات العقلية بين الطبقات الاجتماعية الدنيا – مع وجود علاقة عكسية بين أشكال العصاب والذهان – اذ يشيع الفصام فى تلك الطبقات بمعدل أعلى من شيوعه بين أعلى طبقتين اجتماعيتين بتسع مرات حين جمعا معا (Hollingshead & Redlich, 1958) .

ان الغالبية العظمى من أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا لايعانون من أمراض نفسية رئيسة (Strauss, 1979) وحتى معدلات انتشارها النسبي التي أوردها تقرير «هولينجزهيد ، ريدليش» (Hollingshead Redlich, 1958) هى الأخرى خاضعة لعديد من التفسيرات والايضاحات .

ومن الممكن البرهنة على أن أعضاء الطبقات الاجتماعية الدنيا هم أدنى أعضاء المجتمع درجة أو منزلة من الناحيتين البيولوجية والعقلية، فهم عاجزون عن تحقيق النجاح فى المدرسة أو العمل ، وغالبا ما يتعرضون للمرض ، واذا ما أصابهم المرض فان معاناتهم منه تكون شديدة . وبالتبادل فانه يمكن البرهنة على عدم وجود اختلاف أو فارق من الناحية البيولوجية بين أعضاء الطبقات الاجتماعية المختلفة ، وعلى أن معدلات انتشار الأمراض النفسية تعكس تباين الضغوط الاجتماعية

التى يتعرض لهـــا أفراد تلك الطبقات ، كما تعكس تبـــاين الموارد والمساندات الاجتماعية المتاحة لهم والتى يمكنهم التصرف وفقا لها • وعلى وجه التحديد فانه يمكن البرهنة على عدم تمكن العامل غير الماهر من اقتطاع جزء من وقت العمل للذهاب لطلب مساعدة مهنية متخصصة الى أن يصبح مريضا على نحو خطير • وفى هذه الحال يمكن اعتبار الطبقة الاجتماعية التى ينتمى اليها الفرد عاملا محددا للاضطراب •

وفى خط منسجم متوافق مع البيانات المتعلقة بالحراك الاجتماعى Social mobility (Michael & Langner; 1963) فانه يمكـــن كذلك البرهنة على أنه من الصعب جدا بالنسبة للفرد أن يبقى على اقامته فى منطقة سكنية ذات مكانة عالية وعلى مهنته التى يقوم بها بينما يعانى من مرض ذهانى أو عضوى • ومن ثم فانه بوسع الاضطراب أن يكون عاملا محددا للطبقة •

وأخيرا ، فانه يمكن لدلالة المسميات التشخيصية العديدة أن تكون موضع نقاش وتساؤل • فالذهان — كمسمى تشخيصى — يتضـــمن الافتقار الى الاتصال بالواقع (انظر الفصل الثانى) ، ولكن : أى واقع نعنى؟ ان الواقع — من حيث التطبيق والممارسة — يعنى ادراك القائم بالتشخيص للوضع أو الموقف (انظر الفصل الثالث) • وفى حين قد ينحدر المرضى من كل الطبقات الاجتماعية فان الأطباء النفسيين — طبقا لتعريفهم تقريبا — ينتمون الى الطبقات الاجتماعية الرفيعة • ومن الممكن الافتراض بأنه كلما ازدادت المسافة الاجتماعية بعدا بين القائم بالتشخيص والمريض تزايد الاحتمال بعجز الأول عن تقدير واقع المريض وبالتالى فانه يقوم بتشخيصه على أنه اضطراب ذهانى • وعلى أية حال فان انتشار الذهان بدرجة عالية بين أعضاء الطبقات الاجتماعية الدنيا ، والذى لاحظه «هولينجزهيد ، ريدليش» (Hollingshead & Redlich, 1958) قد يعد مجرد اشارة دالة على المسافة الاجتماعية بين

هؤلاء المرضى والأطباء النفسيين القائمين بتشخيصهم .

الفقـــر Poverty

على الرغم من تعريف الفقر تقليديا من حيث تعلقه بالموارد المالية فان ارتباطه بكل من المكانة المهنية وظروف المعيشة ، وتكاليف الحياة قد أفضى الى التوسع فى مفهوم الفقر بحيث أصبح مساويا لمفهـوم الطبقة الاجتماعية الدنيا (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) .

وقد ارتبط الفقر بالمدى المتزايد لحدوث كل من المرضين البدنى والعقلى (Kosa, Antonovsky & Zola, 1969) مع ايضاح ارتباط المرض العقلى بالعزلة الاجتماعية ، وعدم خصوبة العلاقات الاجتماعية وفقرها منذ مولد الفرد فصاعدا (Callwood, 1975; Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) .

البطـــالة Unemployment

ليست البطالة مجرد متغير يفضى الى الفقر ، اذ يمكن أن تكون حدثا من أحداث الحياة المفضية الى انعصاب الفرد فى اللحظة الأولى من وقوعها سواء أحدثت عن طريق الفصل من الخدمة أم عن طريق الاحالة للتقاعد (Holmes & Rahe, 1967; Rahe, 1968) .

الحـــراك الاجتمـــاعى Social Mobility

قام «ميشيل ، لانجنر» (Michael & Langner, 1963) باستخدام استخبار مكون من جزءين : وقد خصص الجزء الأول منه للحصول على معلومات استخدمت بوصفها أساسا لتقدير الحالة الطبية النفسية لمن يجيب عنه ، أما الجزء الثانى فقد خصص للحصول على معلومات تتعلق بالحالة الاجتماعية الاقتصادية لكل من المجيب عنه أو والده اذا كان عمر الأول ٨ أعوام فأقل . وقد تمكن الباحثان من ايجاد ارتباط

بين الحـــالة الطبية النفسية والحـــراك الاجتمـــاعى للمجيبين على استخبارهما • فقد وجدا أن الحراك المتجه نحو الأعلى قد ارتبط على نحـــو غـــير دال اما بالأعراض السيكياترية (الطبية النفسية) ، أو بالعدوانية ، أو بالأعراض العصابية • بينما ارتبط الحراك المتجه نحو الأسفل اما بأعراض عضوية وذهانية أو باضطرابات فى الشخصية•

العرقيـــــة Racism

تشتمل المجتمعات البريطانية والأمريكية الشمالية على ســـكان ينتمـــون فى الغالب الأعظم الى ثقـــافات البيض والأنجلوساكسون والبروتستانت • أما من ينحدرون من أســـلاف مختلفة كالافريقيين وهنود أمريكا الشمالية ، والهنود الشرقيين ، والهنود الغربيين•••الخ فانهم يمثلون مجموعات مختلفة من الأقليات حيث يتوافر احتمال قوى بفقر المعيشة ، وانخفاض المستوى التعليمى ، وانتشار البطالة ، كما تتعرض هذه الأقليات على الأرجح لأشـــكال من التجيز العنصرى ، والتعصب من قبل مجموعة الأغلبية السائدة • ومن الممكن أن يفضى ذلك فى الطب النفسى الى ميل البيض من الأطباء النفسيين الى تشخيص الشذوذ المرضى لدى السود بدرجة أعلى من تشخيصه لدى المرضى البيض حتى عندما يكشف كلاهما عن الأعراض نفسها (DeHoyos & De Hoyos, 1965; Singer, 1967; Gross et al., 1969; Thomas & Sillen ;1972) •

التحيـــز الجنســـى Sexism

يمكن للنمط التحيزى نفسه الذى يفضى الى الحكم مسبقا بمرض الأشخاص الذين ينتمون الى طبقات اجتماعية ومجموعات عرقية متباينة أن يفضى الى سوء تفسير الأوضـــاع الصحية لهـــذه الطبقات وتلك المجموعات ـــ يمكن لهذا النمط نفسه ـــ أن يقوم بنفس هذا الدور

التحيزى عند التعامل مع المرضى على أساس من جنسهم (ذكر أو أنثى) • فعلى سبيل المثال تعد السيكوباتية psychopathy (أو الاعتلال النفسى المتسم بنشاط معاد للمجتمع) اضطرابا ذكريا (متعلقا بالذكور) على نحو واسع ، كما يعد الهيستيريا والاكتئاب من الاضطرابات الأنثوية (الشائعة بين الاناث) ، كما أن ثمة ميلا ملحوظا الى تعيين الاضطرابات الجنسية فى الماضى بشكل يكشف عن تحيز محاب للرجال :

(Barry et al., 1957; Dohrenwend & Dohrenwend.1965, 1967; . Broverman et al., 1970; Salzman, 1973; Bem, 1975)

عصـــاب المؤسسة Institutional Neurosis

يعد عصاب المؤسسة أو مفهوم العصاب الاجتماعى الذى طرحه بارتون (Barton, 1959) محددا بكل ما فى الكلمة من معنى لما للبيئة من تأثيرات على السلوك ، كما يوضح عددا من المتغيرات التى لها أثر فى البيئة الانسانية (انظر كذلك Goffman, 1961, and Vail, 1966) •

ويعد عصاب المؤسسة مرضا يتسم بعدم الاكتراث وبالاذعان والخضوع بالاضافة الى تميزه بالافتقار الى المبادأة وأخذ زمام المبادرة والاهتمام ، وانخفاض التعبير عن مشاعر الاستياء عند التعرض لمعاملة تتسم بالجور والغلظة • ومن التشخيصات الفارقة المميزة : الفصام المزمن chronic schizophrenia والخبل أو العته العضوى organic dementia • ولكن فى حين يعد التشخيص الأخير ناجمــا عن خلل عضوى — أو يفترض فيه أن ينجم عنه — فان عصاب المؤسسة يعد استجابة للموقف البيئى — بوصفه مؤسسة كلية — الذى يعيش فيه الفرد والذى يحكم كل حياته • فهو مفهوم مشابه تماما لمفهوم فقدان الشـــخصية depersonalization (Rosenhan, 1973) ، والاســـتسلام resignation . والعجز المتعلم •

وتتمثل المحددات النوعية لعصاب المؤسسة أو العصاب الاجتماعى فى فقدان الاتصال أو الاحتكاك بالعالم الخارجى ، وفقـــدان كل من

الأصدقاء المقربين والممتلكات والوقائع الشخصية ، بالاضافة الى فقدان امكانيات النجـاح ودلائل التقـدم خارج المستشفى ، وجو القسم (أو العنبر) كما يحدده أسلوب البناء أو الديكور أو المظهر الخارجي لذلك المكان أو سلوك المرضى الآخرين المقيمين فيه ... الخ ، كما تتمثل تلك المحددات فى استخدام العقاقير ، واتجاهات الأعضاء العاملين كما تنعكس فى تفاعلهم مع المرضى والاحساس القهرى بالكسل و البطالة (Barton, 1959) .

خلاصـة واسـتنتاجات

أوردت الطبعـة الثالثـة من الدليـل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية DSMIII وكذلك البحوث المتعلقة «بأحداث الحياة» — أوردت — المتغيرات البيئية التى تم التعرف اليها بوصفها متغيرات ذات أثر فعال فى حدوث جميع الاضطرابات العقلية منها والبدنية . وقد انصب تركيز البحوث التجريبية المتعلقة بالانعصـاب واستخدام الحيوانات على الاستجابات الانفعالية والتلف النوعى للأنسجة ، والذي يعد — كما قد افترض — نتاجا لاستجابة انفعالية مستمرة لفترة طويلة. وتتمثل تلك الاضطرابات فيما يطلق عليه الاضطرابات النفسجسمية التقليدية أو الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية . وقد مالت البحوث التى أجريت فى مجال العصاب التجريبى الى التركيز على انفعال معين — وهو القلق — بيد أنها تضمنت طائفة متنوعة من الأنماط السلوكية التى ارتبطت بالاضطرابات العصابية .

ولم يتوافر أى ارتباط دال بين المتغيرات البيئية والتخلف العقلى أو الأعراض المخية العضوية أو الاضطرابات الذهانية — وهى تلك الاضطرابات التى ركز عليها الباحثون فى مجال الطبيعة الحيـوية (انظر الفصل السابع) . من ناحية أخرى فانه لا يوجد فى هذا الاطار أى اعتبار رئيسى للاضطرابات المتعلقة بالخلق character أو الشخصية .

ويعد الاكتئاب الاضطراب الرئيس الذى مال الى الاتسام بتجاوز الحدود الفاصلة بين توجهات الباحثين المختصين فى الاضطرابات النفسية ، فقد ظل أطباء العلاج النفسى لوقت طويل يؤكدون بالدليل والحجة على التمييز بين الاكتئاب المحدد بيولوجيا والاكتئاب الذى يعد استجابة لأحداث فى البيئة . بيد أنه يجدر بنا أن نلاحظ أن وصف الاكتئاب المحدد بيولوجيا ينصب فى الدرجة الأولى على العلاجات البدنية ، وكذلك الأعراض النفسية الذاتية باعتبارها وجدانا اكتئابيا . فى حين ينصب وصف الاكتئاب المحدد بيئيا على السلوك العلنى الواضح ، وعلى الأعراض النزوعية الارادية المتميزة بالمجاهدة وبذل الجهد مثل الافتقار الى الطاقة أو المبادأة .

ومن الجدير بالذكر أن كثيرا من المفاهيم التى ورد ذكرها فى هذا الفصل ترتبط ببعضها بعضا ارتباطا وثيقا . فاللامعيارية مثلا ترتبط على نحو وثيق بمفاهيم الخضوع أو الاستسلام واللامبالاة والاعتمادية والسلبية والافتقار الى المبادأة وانخفاض قوة الأنا والعجز المتعلم ، كما ترتبط كذلك بالتشخيصات المتعلقة بالاكتئاب والوهن العصبى neurasthenia ، وعصاب المؤسسة ، والقلق الوجودى والشخصية غير الملائمة والفصام البسيط . وفى بعض الحالات فان المسميات المختلفة لا تعكس مفاهيم متباينة بالقدر الذى يتم به وصف الظاهرة نفسها بلغة توجهات نظرية مختلفة .

الفصل التاسع

المحددات البيئية للسلوك المرضى

ب ـ أثناء النمو

لا يمكن لأحد أن يقلل من أهمية الفترة النمائية لبناء الأنماط السلوكية التى يتميز بها الشخص الراشد وتأسيسها . ويتضح التأكيد على أهمية تلك الفترة من خلال بعض الأقوال السائرة كالمثل القائل : « تنمو الشجرة وتكبر طبقا للاتجاه الذى أميلت اليه حين كانت غصينا غضا » ، أو المثل الآخر القائل : « أعطنى طفلا حتى يبلغ السابعة من عمره ، ويمكنك بعد ذلك الاحتفاظ به بقية حياته » . فالافتراض الكائن هنا هو أن الميول والنزعات المتعلقة بالسلوك والشخصية يتم تكوينها وتأسيسها أثناء نمو الأبنية والمكونات الفيزيولوجية الأساسية فى الفرد، كما أن السلوك اللاسوى فى مرحلة الرشد أو النضج هو نتاج مباشر للوقائع والخبرات الشاذة التى لاقاها المرء خلال الفترة النمائية .

وقد اختلفت النظريات التى تؤكد على ما للوقائع والخبرات التى يتعرض لها الفرد خلال الفترة النمائية من أهمية فى تحديد ما يقع منه من سلوك مرضى شاذ وهو راشد ، فمن تلك النظريات ما يورد العمليات الثقافية التى تحدث بشكل عادى ، مع افتراض مقدمة منطقية تقضى بأن ثمة شيئا ما خاطئا فى المجتمع . ومنها ما قد أورد وقوع الوقائع والأحداث النادرة غير المعتادة فى حياة الفرد ـ كانعدام تعرضه لأحداث ضرورية معينة ، أو تعرضه لها بشكل قوى أو ضعيف ـ

والأحداث الضرورية التى حدثت فى توقيت غير مناسب من حياته •
وقد تطورت بعض نظريات النوع الأول ونمت بحيث وصلت فى تطورها الى نقطة أصبحت عندها نظريات خاصة بالشخصية •

نظـــريات الشـــخصية

هناك عدد من المؤثرات الثقافية التى تمارس دورها فى تشكيل السلوك أثناء الفترة النمائية ومن بينها مؤثرات رئيسة تؤثر فى ضبط الحاجات الانسانية الأساسية والتحكم فيها • وتتضمن تلك المؤثرات ما يستخدم من ممارسات فى تنشئة الأطفال ، وقوانين الجزاء بالاثابة أو العقوبة وتلقين المبادىء أو الأفكار indoctrination ، كما يمكن لها أن تؤدى دورها بحيث تفضى الى تكوين قيم أو معتقدات أو أنماط سلوكية معينة ربما كانت شاذة لاسوية ، كما تفضى الى أنماط أساسية للشخصية قد يكون بعضها ـ بنوع خاص ـ أكثر قابلية للمرض العقلى ، بالاضافة الى قيام تلك المؤثرات الثقافية بتقرير نمو مرض « أ » بدلا من مرض «ب» (Benedict; 1934a, 1934b; Leighton& Hughes;1961) ويعد كل من : « سيجموند فرويد ، كارين هورنى ، اريك اريكسون » من بين العلمـــاء الذين اهتموا بنـــوع خاص بتلك المؤثرات ، بحيث طوروا نظريات مفصلة مدروسة للشخصية انطلاقا منها •

سيجموند فرويد (١٨٥٦ ـ ١٩٣٩)

تعد الأسرة الوحدة الأساسية للتنشئة الاجتماعيـــة ، وقد أكد « سيجموند فرويد » على أهمية ما تتخذه الأسرة من اجراءات أولية جدا لحمل مسئولية تلك التنشئة فى الوضـــع الأسرى • فكثـــير من الاجراءات المتعلقة بفطام الطفل وتدريبه على استخدام المرحاض فى عملية الاخراج تفضى باحتياجاته البيولوجية الى الدخول فى صـــراع

مباشر مع متطلبات المجتمع ، كما قام «فرويد» بوضع افتراض يقضى بأن الشكل الذى يأخذه هذا الصراع وكيفية حله والتخلص منه يمثلان عاملين مهمين لتحديد شخصية الراشد وتوافقه •

وقد اعتقد «فرويد» بتكون عملية النمو أثناء الطفولة من مراحل متتابعة قام بتعريفها من حيث تعلقها بأجزاء معينة من البدن ، والتى تميل — فى اعتقادة — الى التحكم فى سلوك الطفل وحياته والهيمنة عليهما ، كما تمثل موقع الاحتياجات البدنية ، بالاضافة الى استثارتها للرغبات الشبقية Erotic (الجنسية الشهوية) • وقد حدد «فرويد» ستا من هذه المراحل ، كما افترض بأن شخصية الراشد تتشكل بصفة أساسية فى المراحل الثلاث الاولى ، بحيث لا يتجاوز هذا التشكيل نهاية العام الخامس من عمر الطفل •

(أ) المرحـــلة الفميـــة The Oral Stage

يرتبط التفاعل الأولى للطفل مع بيئته خلال العام الأول من حياته بعملية الأكل أو الطعام Eating ، اذ تتضمن تلك العملية أخذ الطعام فى الفم والقيام بابتلاعه اذا كان سـائغا أو بصقه اذا كان كريهـا بغيضا • وفيما بعد وعندما تبرز الأسنان فانها تستلزم كذلك عمليتى القضم والمضغ • وقد عد «فرويد» سلوك الأكل أو الطعام على أنه يزودنا بالنموذج الأصلى لعديد من سمات شخصية الراشد •

فاللذة المستمدة من أخذ الطعام فى الفم يمكن تعميمها الى فعل الأخذ بصفة عامة ، كما يمكن أن تفضى الى قارئ نهم أو شخص متعطش للمعرفة أو للاستحواذ على ممتلكات مادية • وبصورة مشابهة فان القضم والبصق والمضغ قد تفضى — من خلال بعض الحيل الدفاعية كالإزاحة displacement والاعلاء أو التسامى sublimation (انظر الفصل العاشر) — الى العدوان اللفظى (السباب) الذى يتسم بالسخرية وبابداء

ملاحظات لاذعة أو قاسية • ويعد الشخص الساذج أو الذى يسهل انخداعه — وهو بالتحديد ذلك الشخص الذى يميل — على نحو رمزى — الى ابتلاع أى شىء ، شخصا منى بالتوقف عن النمو بعد هذه المرحلة ، حيث يظل مثبتا عليها لا يتجاوزها الى غيرها (Freud, 1905a; Abraham, 1921) .

ومع الفطام فان ثمة تغير يحدث فى مصدر الطعام ، وهذا التغير يعد محبطا للطفل • فالتحول المفاجىء من التغذية عن طريق الرضاع من الثدى الى تناول الشراب من الكوب يرتبط بنمو ذهان الهوس والاكتئاب فى فترة لاحقة من حياة الفرد (Arieti, 1974b) •

(ب) المرحلة الشرجية The Anal Stage

يبدأ التدريب على استخدام المرحاض لقضاء الحاجة خلال السنة الثانية من حياة الطفل • وتعد هذه العملية من وجهة نظر الطفل حالة أخرى من حالات الاحباط • ان منعكس افراغ البراز المتراكم بقدر ما يعد تخلصا من مصدر للازعاج وعدم الراحة فانه كذلك يمثل نشاطا سارا يتحتم على الطفل ارجاؤه وتأخيره الى الوقت والمكان المقبولين اجتماعيا •

وطبقا «لفرويد» فان عملية التدريب على قضاء الحاجة فى المرحاض قد تسهم فى تحديد سمات وقيم معينة لشخصية الفرد اعتمادا على الكيفية التى تتم بها عملية التدريب ، وعمر الطفل عند البدء بها ، بالاضافة الى اتجاهات الوالدين نحو عملية الاخراج • فاذا ما اتسم الوالدان بالصرامة البالغة والميل الى القمع فان الطفل اما أن تنمو لديه شخصية احتباسية retentive فيصبح عنيدا وشحيحا ، أو قد يميل الى التخلص من فضلاته فى أوقات غير ملائمة على الاطلاق ، مما يفضى بالتالى الى تطوير سمات شخصية تتسم بالتحرر والفوضى ، وحدة

الانفعال المفاجىء أو سـورات الغضب ، والولع المفـرط بالتحطيم والتخريب وبالقسوة والوحشية • من ناحية أخرى اذا قام الوالدان بالتوسل الى ولدهما ومناشدته بأن يحرك أمعاءه للتخلص مما بها من فضلات ، بحيث يثنيان عليه ويطريانه على نحو يتسم بالاسراف والغلو عندما يستجيب لهما فان ذلك قد يفضى بالطفل الى التفكير فى أن عملية الاخراج برمتها على جانب بالغ من الأهمية بحيث يصبح بصفة عامة شخصا مبدعا ومنتجا (Freud, 1908, 1917b) •

وتتضح الأهمية التى علقها أتباع «فرويد» على التدريب على عملية استخدام المرحاض للتخلص من الفضلات من خلال عالم مثل «فرايبرج» (Fraiberg,1959, P. 94) الذى تجاوز مظاهر التعلم الاجتماعى المتضمنة فى هذا الوضع بأن نظر الى دلالة المرحاض نفسه من وجهة نظر الطفل ، حيث « يقوم المرحاض بابتلاع والتهام ما يتلقاه من أشياء بجلبة قوية متواصلة تجعلهاتختفى فى أعماقه السحيقة ، ثم ينهض بعد ذلك متعطشا مرة ثانية لالتهام الضحية التالية التى تكون أى واحد » •

(جـ) المرحلة القضيبية The Phallic Stage

ينمو لدى الطفل اهتمام بأعضائه التناسلية ابتداء من عامه الثالث تقريبا ، اذ يبدأ حينئذ فى مداعبتها بيـده وممارسة العـادة السرية (الاستمناء)على نحو متكرر ، وتتولد لديه كذلك رغبة فى الاحتكاك البدنى بالآخرين على نحو غالب (وبخاصة بمن هم من جنس آخر مغاير لجنسه) ، كما يصبح محبا للظهور والاستعراض • وطبقا للنظـرية الفرويدية التقليدية فان عقدة أوديب Oedipus complex تمثل لب هذه المرحلة ومحورها ، حيث يختلط حب الطفل للوالد من جنس مغـاير بمشاعر الغيرة من الوالد المماثل لجنسه (Freud, 1923b) .

وقد ارتبطت زملة «كابجرا» Capgras syndrome (انظر الفصل الرابع) بهذه المرحلة من النمو نظرا لأن الحالات الأولى التى وردت فى تقارير خاصة بذلك كانت من الفتيات الصغيرات اللاتى أنكرن هوية أمهاتهن • فالنساء اللاتى ووجهن بمشاعر العداوة تجاه أى شخص ينبغى لهن حبه — أى أمهاتهن — يقمن بتبديد هذا الصراع والتخلص منه بانكار حقيقة مشاعرهن ، وهى أن من يكرهن انما هن أمهاتهن ، كما يؤكدون بأن من يكرهن انما هو شخص بديل قام فرد ما بوضعه فى مكان أمهاتهن (Capgras & Carrette; 1924, Coleman; 1933) •

(د) فترة الكمون The latency period

ابتداء من العام السادس تقريبا وحتى العام الثامن من عمر الفرد قد يتوقف نمو الشخصية بل قد ينتكص • وينسى الفرد خلال هذه الفترة ما كان لديه من دوافع وما مر به من خبرات مبكرة ، وقد افترض «فرويد» (Freud, 1917a) أن عملية النسيان هنا نتجت عن دافع ، فهى تعد بالتالى مثالا للكبت (Bornstein, 1951) •

(هـ) المراهقـــة Adolescence

تعد المراهقة بوجه عام مرحلة مهمة فى نمـــو الشخصية • فهى فترة الجيشان والفوران المزاجى والانفعالى ، وهى كذلك فترة اختبار عام للوضع الاجتماعى عندما ينتقل الفرد من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد • وبعيدا عن الاشارة الى هذه الفترة بوصفها فترة تعود فيها الدفعات السابقة لمرحلة الكمون الى النشاط من جديد ، ومع التأكيد بأن الفرد سوف يمضى الى المرحلة النهائية وهى المرحلة التناسلية عندما يتمكن فقط من ازاحة تلك الدفعات أو التسامى بها على نحو ناجح فان «فرويد» قد مال — على كل حال — الى اعطاء قدر ضئيل من اهتمامه لفترة المراهقة •

(و) المرحلة التناسلية The Genital Stage

بانتهاء مرحلة المراهقة ينبغى للصراعات التى عايشها الفـرد فى المراحل المبكرة أن تكون قد وجدت طريقها الى الحل والتبدد ، كما ينبغى لأنماط السلوك الناتجة من تلك المراحل أن تكون قد رسخت واستقرت بوصفها سمات شخصية • ومن الناحية المثالية فان الفرد يكون قد تحول من كونه طفلا نرجسيا (محبا لذاته) ، باحثا عن اللذة والسرور الى شخص راشد مؤهل للمجتمع متيكف معه ومتوجه نحو الواقع • ومن الناحيـة البيولوجية (العضوية) فان الوظيفـة الأساسية للمـرحلة التناسلية هى الانجاب والتناسل والتى تقوم الخصائص النفسية لهذه المرحلة بتيسيرها بتزويد الفرد بالأمن والاستقرار الشخصى (Hall & Lindzy, 1978) .

وطبقـا لـ «رايخ» (Reich, 1949) فان جـذور المازوكيـة (الخضوع والتلذذ بالآلام من الغير) تنبت فى هذه المرحلة ، نتيجة لكبت الميل الى الظهور والاستعراض •

كاريـن هـورنى (١٨٨٥ — ١٩٥٢)

على الرغم من أن «هورنى» قد تلقت تدريبها فى اطار من نظرية التحليل النفسى «لفرويد» فانها اتخذت موقفا متعارضا من عدد من المفاهيم الفرويدية ، وبخاصة تلك التى بنيت على أساس من النموذج الآلى (الميكانيكى) العضوى (البيولوجى) • ووفقا لذلك الموقف فقـد قامت باعادة تفسير كثير من الظواهر التى كتب عنها «فرويد» (Horney, 1937, 1942, 1945, 1950, 1967) مؤكدة على النموذج الاجتماعى، ورافضة لنموذج الصـراع لدى «فرويد» بحيث فضلت عليـه ذلك النموذج الذى أشار اليه «مادى» (Maddi, 1968) بوصـفه نموذجا للوفاء بمتطلبات معينة أو تحقيقها fulfilment model • وقد اعتقدت

«هورنى» بأنه اذا توافرت للطفل ظروف بيئية سليمة فانه يمكن لكل طفل أن ينمو ويتطور بحيث يغدو فردا صحيح البنية والشخصية جيد التوافق مع بيئته ، وبشكل حتمى وطبيعى كما تنمو جوزة البلوط فوق شجرتها (Schultz, 1976, P. 81) .

ويعد تفسير القلق احدى القضايا التى نشب الخلاف حولها بنوع خاص بين «فرويد» و «هورنى» فقد رأى «فرويد» أن القلق ينمو من الاستجابة لتهديد تفرضه دفعات « الهو Id » المبنية على أساس عضوى ، بينما ترى «هورنى» أنه ينمـــو نتيجة لمشـــاعر عدم الأمن والاطمئنان لدى الطفل .

وبصدد تطويرها لنظريتها فى القلق فقد قامت «هورنى» بوضع طائفة واسعة من العوامل البيئية المعاكسة أو غير المؤاتية ، والتى يمكن أن تفضى الى مشاعر عدم الأمن والاطمئنان لدى الطفل ، كما ترتبـــط كلها بالعلاقات المضطربة القائمة بين الطفل ووالديه . كذلك فقد قامت بوصف مجموعة من الطرق والوسائل المختلفة التى يحاول الطفل من خلالها التعامل مع هذه المشاعر : فقد يصبح الطفل مفعما بمشــــاعر العداوة كما قد يغدو خاضعا مستسلما على نحو مفرط متزايد . وقد يحاول الطفل أن يرشو غيره أو يستخدم أشكالا من التهـــديد لاكراه الناس على حبه . وقد ينمى صورة مثالية غير واقعية عن ذاته أو ينغمس فى رثاء ذاته والاشفاق عليها لكى يكتسب تعاطف الناس معه . ويمكن لكل هذه الأساليب أن تغدو سمات لشخصيته مع الخصائص الدافعية للحافز أو الحاجة .

اريك اريكسون

قام «اريك اريكسون» (Erik Erikson, 1950, 1964; 1968, 1974) بتقـــديم وصف للدور الذى تقـــوم به العـــوامل الثقافية فى نمـــو الشخصية ، والذى يعد على الأرجح أكثر التقـــارير تفصيلا فى هذا

الصدد . وقد أكد أن الاحتياجات البيولوجية (العضوية) لا تعد بالكامل عاملا محددا للشخصية أثناء فترة الطفولة . فعلى الرغم من أهمية تلك القوى فانها لا تمدنا بتفسير كامل لنمو الشخصية . ووفقا لذلك فقد قام «اريكسون» ببسط مراحل النمو لدى «فرويد» ومدها لتصبح ثمان بدلا من ست ، ولتمتد لتشمل دورة الحياة بأكملها ، كما قام بالتوسع فى نظرية النمو لتشمل كلا من التكيف للبيئة والدور الذى تقوم به المؤسسات الاجتماعية .

وتمثل كل مرحلة من مراحل النمو فى نظرية «اريكسون» مشكلة اجتماعية فريدة من نوعها بالنسبة للطفل النامى ، ألا وهى تركز الصراع حول أساليب التكيف السوية منها واللاسوية ، والتى يلجأ اليها فى تعامله مع المشكلات النفسية لتلك الفترة ، كما تشمل الآخرين ممن لهم أهمية خاصة فى البيئة .وفى حين قد يفضى الاخفاق فى حل هذا الصراع الى الانعصاب والقلق والتأخر فى النمو فان حله والتخلص منه على نحو ناجح يعد الطفل للمرحلة التالية من نموه . كما أن الكيفية التى يكافح بها الطفل تلك المشكلات المتتابعة تحدد نمو الشخصية الذى يأتى لاحقا .

ولم يقصد «اريكسون» من وراء نظريته أن تكون بديلا لنظرية «فرويد» ، فقد أعترف بأن كلتا النظريتين تشيران الى جوانب مختلفة من النمو ، وبالتالى فان كلا منهما تتمم الأخرى وتكملها . وقد تصور «اريكسون» الشخصية ــ وبخاصة الأنا the ego ــ وكأنها بناء نشط يخضع لعملية من النمو المستمر وفقا لقوانينه الخاصة . وبينما يبدو هذا النمو متأثرا بالمؤسسات الثقافية وبخاصة بما يستخدم من ممارسات لتنشئة الطفل فان «اريكسون» يؤمن بحرية الانسان فى تغيير تلك المؤسسات والممارسات بما يجعلها أكثر انسجاما مع شخصيته .

التكوينات والعمليات المتعلقة بالأسرة

بالاضافة الى الأوضاع التى حددها أصحاب نظريات الشخصية فان هناك أوضاعا أخرى عديدة تم التعرف اليها فى حد ذاتها . وفيما يلى تفصيل لتلك الأوضاع :

(أ) الأم المسببة للفصام The SchizephrenogenicMother

ثمة افتراض يقضى بأن الأسلوب الذى تمارسه الأم فى اتصالها بطفلها يمكن أن يفضى الى الفصام . وقد وصفت الأم المسببة للفصام بأنها أكثر نزوعا الى التملك والاقتناء أو الى الاستئثار بحب طفلهـا واهتمامه ، أو بأنها نزاعة الى التحكم والسيطرة بشكل مفرط ، أو تتسم بالاغواء أو الاغراء أو التطفل والاقتحام . وفى الوقت نفسه فانهـا تتصف بالبرود والرفض (Fromm-Reichmann, 1948; Marks, 1953) . ومع ذلك فان البحوث والدراسات اللاحقة قد أخفقت فى البرهنة على صحة هذا الافتراض (Heilbrun, 1960; Ross. 1974; Arieti,1977, Klebanoff, 1959) .

أنماط التواصل الأسرى : الارتباط المزدوج

يمكن لحالة من الصراع (انظر الفصل الثامن) أن تنشأ من جراء الارشادات والتعابير اللفظيـة بالاضافة الى تقـديم الاختيـارات الموضوعية . ويحصل الطفل من والده ــ فى حالة الارتباط المزدوج ــ على رسائل أو أفكار متناقضة بصفة تبادلية ، بينما يمنع الطفل من الاشارة الى ما فى تلك الأفكار من تناقضات . فقد يقول أحد الوالدين شيئا ما بطريقة تتضمن عكس ما يصرح به ، فى موقف لا يسمح للطفل بطرح تساؤلات حول مضمون ما قيل . وبصرف النظر عن الفكرة التى يستجيب لها الطفل ــ هل يستجيب للفكرة التى يتضمنها كلام الوالد؟

أو يستجيب للفكرة التى يتضمنها شكل الكلام وصيغته؟ ــ فانه سيواجه بالصد والرفض أو بالعقاب •

ولقد وصفت تلك الحالة بأنها غير موفقة ، كما ذكر أنها تفضى الى الفصام وتعد سببا له (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956, Vetter, 1969) •

الأســـر المتفككة Fragmented Families

قام « ليدز » وآخرون (Lidz et al. 1957, 1958; Lidz, 1973) باجراء دراسة على عدد من أسر المرضى الفصاميين • وقد وجدوا أن آباءهم وأمهاتهم يكشفون اما عن « تفكك زواجى » أو عن « انحراف زواجى » •

فالأسرة المتفككة هى تلك التى لا يحصل فيها أى من الزوجين على مساندة عاطفية من الآخر ، بحيث يفضى الخلاف الناجم عن ذلك الى حزبين متعارضين حيث يحاول كل واحد من الوالدين تكوين تحالفات مع أطفالهما ضد الآخر • أما الأسرة المنحرفة فهى تلك التى يتقبــل فيها أحد الوالدين ــ بشكل سلبى ــ شذوذا خطيرا فى الطرف (الوالد) الآخر • وعلى الرغم من أن الوالد المضطرب يسيطر فان قرينه الآخر يضطر الى تقبل شذوذه بحيث يتمم أحدهما الآخر على نحو يكفى لتحقيق قدر من الانسجام •

وفى كلا النمطين من الأسرة (المتفككة والمنحرفة) فان الطفل يبدو غير قادر على الحصول على دعم عاطفى منهما أو على تنمية احساس بالأمن والجدارة الذاتية • انه يكبر فى بيئة تشوه الواقع وتنكر تفسيره على نحو سليم محولة الواقع بذلك الى اطار اللامنطقية أو اللامعقول• ومن هنا يتكشف الطفل عن أنماط من السلوك الاذعانى والانسحاب

بعيدا عن الصلات الاجتماعية ، مكونا تصوره الخاص للواقع فى عالم خيالى (Lidz et al, 1958) .

الأحـــداث الشـــاذة أثنـــاء النمـــو

أحداث ما قبل الولادة

أوضحت الدراسات وجود ارتباط بين الفصل الذى تمت فيه الولادة والاضطراب العقـــلى اللاحق (Knobloch & Pasamanick, 1958; Hare; Price & Slater; 1974) وقد اتضح أن معـــدل ولادة المرضى الفصاميين أعلى من المعـــدل القاعدى فى الفصـــل الأول من الســـنة (يناير — أبريل) وأقل منه فى الفصل الثانى منها (مايو — أغسطس) (Barry & Barry, 1961) كما أظهرت ولادة المرضى المصابين بذهان الهوس الاكتئابى نمطا مشابها لذلك (Orme; 1963) .

ومن الصعب التأكد من الأساس الذى تقوم عليه هذه الارتباطات، اذ يمكن للاضطراب أن يرتبط بأحداث سابقة للولادة . وهذا قد يعنى أن عملية الأيض والنظام الغذائى لدى الأم تتغيران مع فصـــل من فصول السنة ، بحيث يفضى هذا التغير الى بيئات داخل الرحم تختلف باختلاف أوقات السنة . وبشكل تبادلى ، فانه يمكن ارجاع الاضطراب الى خبرات الحياة اللاحقة التى يقررها تاريخ الميلاد . فالطفل المولود فى ديسمبر فى أمريكا الشمالية مثلا قد يجد نفسه أصغر عمرا وربما أصغر جسما وأضعف بنية بالنسبة لأقرانه حين يتم بشكل عادى وضع الأطفال فى مجموعات طبقا لسنة ميلادهم لتلقى التعليم فى المدرسة أو لممارسة الأنشطة الاجتماعية والترويحية .

صـــدمة الميـــلاد Birth Trauma

يعد الميلاد حدثا غير اعتيادى بالنسبة الى كل انسان ، ولكـــن الصدمة الواضحة لهذا الحدث بالاضافة الى حقيقة أنه يحدث مرة واحدة فى حياة المرء تقودان الى اعطائه دلالة خاصة .

وقد اعترف «فرويد» نفسه بالأهمية النفسية لعملية الميلاد • ولكن «أوتو رانك» (Otto Rank, 1929) و « جريناكر » (Greenacre, 1941, 1945) هما اللذان أسندا اليها دورا رئيسا • فقد ذكر «رانك» ما يوحي بأنه — بسبب هذا الحدث — فان الانفصال هو الخبرة الأكثر اثارة للخوف والقلق ، وأنه يمكن النظر الى نمو الشخصية بل الحياة بصفة عامة بوصفهما محاولات متكررة للحصول على الأمن الذى كان الفرد يستشعره وهو جنين فى رحم أمه •

وقد كتب «بورجاتا» (Borgatta, 1954) مقـالة اتسمت بوقاحة اللغة ، حيث كشف فيها عن بعض نواحي القصور التى تعانى منهـا النظريات النفسية التحليلية ، فذكر فى مقالته امكانية التعلم فى الرحم، ثم اقترح بعد ذلك ألا تكون صدمة الميلاد فى حد ذاتهـا هى السبب الأساسى فى معاناة المرء من مشاعر عدم الأمن أو الطمأنينة ، ولكن عملية نزع الحبل السرى deumbilification وازالته ، والذى كان الوليد على اتصال حميم به خلال فترة بقائه بأكملها فى رحم أمه •

الولادة غير المكتملة (المبتسرة)

يكشف الأطفال المولودون قبل اكتمال نضجهم كأجنة ، والمتمتعون بقدر متوسط من الذكاء عن ضعف فى التآزر الحركى ، والتآزر البصرى الحركى فى سن الروضة أو الحضانة • وهذا الضعف يتناقص الى حد ما خلال السنتين التاليتين من عمرهم ، ولكن نواحى الخلل أو القصور ذات الدلالة تظل موجودة (DeHirsch; Jansky & Langford. 1966) •

ومهما يكن من أمر فان الأطفال الرضع المولودين قبـل اكتمال نضجهم يبدون كذلك أقل وزنا ، كما أن مدى حدوث نواحى الشذوذ المتصلة بالأعصاب بينهم يرتفع ويتزايد بمقدار انخفاض وزنهم عند الولادة (Knobloch et al., 1956) •

اصـــابة المـــخ Brain Damage

تعد الصدمة البدنية المفضية الى اصابة المخ وتلفه أكثر العوامل المؤثرة وضوحا فى عملية نمو الطفل • ولكن المعلومات المتعلقة بالآثار البعيدة المدى لمثل هذه الاصابة تتسم بالضآلة والتناثر • وتختـــلف تأثيرات الاصابة المخية فى الأطفال عن تأثيراتها فى الراشدين (Bolton, 1914, Hebb;1942) ، وتقوم الفصوص الأماميـــة من المخ بوجه خاص بدور مهم فى نمو الذكاء (Russell, 1948) ، كما يبدو أن أنماط القصور العقلى أكثر ظهورا واستمرارا من الاضطرابات السلوكية فى هذا الصدد •

وقد أورد « مينكيس ، روو ، مينكيس » (Menkes, Rowe & Menkes, 1967) تقريرا عن دراسة أجريت على أربعة عشر طفـــلا ممن تم تشخيصهم — بطريقة استرجاعية — على أنهم يعانون من فرط الحـــركة hyperkinetic مع خلل وظيفى طفيف فى المخ • ولقد كان تاريخهم حافلا بأعراض النشاط الزائد وصعوبات التعلم مع قصر فى مدى انتباههم ، ونسبة ذكاء أعلى من ٧٠ بالاضافة الى وجود مؤشرات دالة على معاناتهم من شذوذ متصل بالأعصاب كضعف التآزر ، أو خلل وظيفى فى القدرات الحركية البصرية ، أو قصور كلامهم وضعفه ، مع انعدام النوبات المرضية أو الصرعية • وقد تراوحت أعمارهم عندما شوهدوا لأول مرة بين ٢ الى ١٥ عاما ، وبعد بلوغهم عمرا متوسطه ٢٤ عاما تبين من تفحص حالتهم أن حالة النشاط الزائد كانت ماتزال موجودة لدى ثلاثة فقط منهم تراوحت أعمارهم بين ٢٢ — ٢٣ سنة ، ولكنها كانت قد اختفت لدى أحد عشر — وهم بقية تلك المجمـــوعة — بين عمرى ٨ — ٢١ سنة •

أما «أولدفيلد ، ويليامز» (Oldfield & Williams, 1961) فقد أورد تقريرا عن حالة لولد كان عمره خمسة أشهر ونصف ، وقد تكبد جرحا

نافذا فى رأسه أفضى الى تلف حاد وشديد فى الفص الأيمن الأمامى من المخ . ولم يستطع الأطباء المتمرسون اكتشاف أى قصور لدى هذا الطفل سواء فى النمو العقلى أم السلوكى حتى بلوغه ثلاث سنوات من عمره ، حيث أصبح أمره مشكلة حادة يصعب سياستها أو تدبيرها: فقد أصبح يؤذى البنات الصغار بالارتطام بهن ، كما حاول خنق قطة بالمدرسة ، وكان غير متعاون ، كما كان من السهل تشتيت انتباهه والهاؤه ، كذلك كان يستخدم لغة غريبة مؤذية وبذيئة ... الخ . وعلى كل حال فعندما بلغ الثامنة عشرة من عمره أصبح اضطرابه السلوكى معتدلا ، ولكن مشكلته الرئيسية كانت فى معاناته من تخلف عقلى يتراوح بين بسيط mild الى هامشى borderline ، وقد بلغت نسبة ذكائه فى القسم اللفظى من اختبار «وكسلر» لذكاء الراشدين ٧٩ ، وفى القسم الأدائى منه ٥٩ .

ترتيب المولد Birth Order

برغم أن الأبناء فى الأسرة الواحدة لهم الوالدان نفساهما فانهم لا يتمتعون بالبيئة الأسرية ذاتها . فالمولودون منهم أولا سيكون لهم أخ أو أخت أصغر ، فى حين سيتوافر أخ أو اخت اكبر للأطفال الذين يولدون فى وقت لاحق . وفضلا عن ذلك فان الوالدين سيكونان أكبر سنا بالنسبة لكل طفل يولد لهم فى وقت لاحق ، كما أن وضعهما المالى والاقتصادى ربما يكون قد تغير ، وسيكونان أكثر خبرة فى تربيـة الأطفال وتنشئتهم ، بل ربما أصبحا أكثر تحملا وتسامحا . فاذا كان للبيئة تأثير قوى فانه من المعقول أن نتوقع ارتباط الترتيب الميـلادى بسمات معينة فى شخصيات الأبناء (Jones, 1931 ; Adler, 1931 ; 1949; Schacter; 1959; Altus, 1966; Vockell et all, 1973; Bakan; Forer, 1977a; 1977b) على الرغم من عدم البرهنة على صحة ذلك بشكل دائم . (Greene & Clark, 1970; Farley; 1975; Hicks; Evans

. & Pllegrini, 1978; Wudel & Loo, 1979)

وقد وجد «أدلر» فى دراسة له (Adler. 1931) ما يدل على اتصاف الأطفال المولودين أولا بسمات معينة ، اذ يتسمون بالنظام والترتيب الجيد ، وبيقظة الضمير ، كما أنهم أشخاص محافظون فى عاداتهم ومسالكهم ، متسلطون ، ولكنهم يميلون الى الشعور بمشاعر عدم الأمن والاستقرار ومعاداة الآخرين. ومع أنهم أكثر اعتمادا وانتماء من الأطفال المولودين مؤخرا (Adams, 1972) فانهم يميلون الى تحقيق مستوى عال من الانجاز والأداء (Falbo; 1977) . وقد ورد من التقارير ما يفيد بأن كلا من المستوى العقلى والكفاءة الأكاديمية يرتبطان على نحو عكسى بالترتيب الميلادى للأطفال (Schacter; 1963; Belmont; Stein & Wittes; 1976; Belmont; 1977) .

وقد وجد الباحثون عديدا من اضطرابات الشخصية الخلقية وأشكال من العصاب منتشرة بين أولئك الذين كان ترتيبهم الأول من حيث المولد (Taintor; 1970) . كما وردت تقارير تفيد بأن المبيان النفسى profile الموضح لدرجاتهم على «قائمة مينيسوتا المتعددة الأوجه للشخصية» MMPI كان أكثر انحرافا (Croake & Olson, 1977) كما حصلوا على درجات عالية على مقياس العصابية من « قائمة مودزلى للشخصية» Maudsley personality inventory . كما أنهم أكثر تصلبا اذا ما قورنوا بالأطفال الوحيدين (لا اخوة لهم) أو بمتأخرى الترتيب من حيث المولد (Mac Donald, 1971) وأقل توكيدا واستقلالا من الأطفال الوحيدين (Feldman; 1978) كذلك فانهم يمكثون فترة أطول فى تلقى العلاج (Forer, 1977a) مع اظهار تحسن أقل (Clum & Clum; 1970) . ومع ذلك فان الذكور من الأبناء الوحيدين ومن يأتى ترتيبهم مؤخرا فى الميلاد قد ورد ما يفيد بأنهم أكثر عرضة لخطر الاصابة بالمرض العقلى من الأبناء المولودين أولا (Belmont; 1977) .

أما الأطفال ذوو الترتيب الثانى من حيث المولد فهم ميالون الى التنافس والطموح ، ولكنهم عرضة لأن يصبحوا عصاة متمردين وبخاصة عندما يواجهون بأخ أو أخت أكبر منهم وأكثر نجاحا (انظـر كذلك (LeMay, 1968) .

واعتمادا على اتجاهات أعضاء الأسرة الأكبر عمرا ، وعلى المعاملة التى يتلقونها منهم فان الأطفال الأصغر عمرا — أى من يأتون فى آخر الترتيب من حيث المولد أو الأخيرون — قد يحققون مستوى عاليا من الانجاز أو الأداء أو يظلون عاجزين معتمدين على غيرهم ، فى حين يميل الأطفال الوحيدون الى النضج مبكرا ، ولكن نظرا لما يتلقونه من آبائهم من اهتمام خالص ، ونظرا كذلك لافتقارهم الى خبرة الأخذ والعطاء فى الحياة الأسرية فانهم قد يكونون عرضة للشعور بخيبة الأمل حين لا تسير الأمور وفقا لما يريدون خارج نطاق أسرهم الصغيرة .

ولقد افترض بعض الباحثين أن الأطفـال الأوائل فى الترتيب الميلادى قد يخبرون بيئة ضمن أرحام أمهاتهـم أغنى من تلك التى يخبرها الأطفال الأخيرون فى هذا الترتيب ، وأن ذلك قد يفسر ما نجده من فروق لاحقة بينهما فى الشخصية والسلوك . وعلى أية حال فان أمد المخاض ومدته تكون أطول بالنسبة للأطفال الأوائل فى الترتيب الميلادى، كما يعانون من انضغاط دماغى cerebral compression أعظم ، كذلك يكثر استخدام أدوات الجراحة « كالملقط أو الشفاط » فى عمليـات ولادتهم مع خطر تعرضهم لصدمة أو أذى بدنى (Forer, 1969; Bee, 1978) .

وهناك قدر ما من الملاحظات أو التعليقات المعقدة المتعلقة بالارتباط بين الترتيب الميلادى والفصام . فقد استنتج «جرانفيل — جروسمان»

(Granville — Grossman, 1966) أن الذكور الأخيرين فى الترتيب الميلادى من أعضاء الأسر الكبيرة كان لهم تمثيل أكبر فى حالات الفصام بين المرضى الذين تم تشخيصهم كفصاميين ، فى حين وجد « فارينا ، بارى ، جارمزى » (Farina, Barry & Garmezy, 1963) و«بارى، بارى» (Barry & Barry, 1967) أن كلا من أعضاء الأسر الكبيرة الأخيرين فى الترتيب الميلادى وأعضاء الأسر الصغيرة المتقدمين فى هذا الترتيب كانوا أكثر تمثيلا لحالات الفصام •

ومن خلال اعادة تحليل البيانات التى سبق نشرها فى هذا الصدد قام «هينشيلوود» بحل هذا التعارض الواضح (Hinshelwood, 1968; 1970) مفترضا أن المكانة الأساسية انما هى المكانة النسبية — فقد تكون الأخيرة ولكنها كالأولى ، وبأن الترتيب الميلادى ليس على الأرجح الا عاملا واحدا بين مجموعة من أسباب المرض المتعددة العوامل والتى تمثل فيها الاتجاهات الوالدية عاملا حاسما • وقد تنتهى الأسر بميلاد طفل مصاب ، ولكن النسبة العالية الدالة على معاودة انجابها لطفل واحد لاحق قد يعد محاولة منها للاستعاضة عن الطفل الأول المصاب (Granville — Grossman, 1966) .

ومهما يكن من أمر فان «بيرتشنيل» (Birtchnell, 1971) قد وجه انتقادا الى «هينشيلوود» لجمعه بين بيانات تتعلق بكل من تشخيصات الفصام الأمريكية والبريطانية • وانه لمن المفترض أن عمر الوالدين — لا الترتيب الميلادى — هو المتغير الحاسم بالنسبة للفصام ، مع الأخذ فى الاعتبار أن الاضطراب يتحدد من خلال الشذوذ الجبلى أو التكوينى للوالدين (Hare & Moran; 1979) •

كذلك تتعقد البحوث التى تعرضت لنظريات «أدلر» هى الأخرى بسبب ما قدمه من تفريق بين المكانة المتعلقة بالترتيب الميلادى والمكانة المتعلقة بالرتبة ordinal position • فقد أكد «أدلر» على الدور

الاجتماعى الذى يطلب من الطفل القيام به أكثر من تأكيده على الترتيب الميلادى فى حد ذاته ، فاذا كانت هناك فترة زمنية تفصل بين المواليد المتعاقبة بعديد من السنوات فانه يمكن أن تكون لكل طفل مكانة الترتيب المتوافرة للطفل الوحيد (Adler, 1931; Manaster, 1977) .

الصدمة الانفعالية أثناء الطفولة

سبق وأن ذكر «فرويد» (Freud, 1896a, 1896b) ما يشير الى أن السبب النوعى المحدد لكل الاضطرابات العصابية يرجع الى اضطراب ما فى الحياة الجنسية للمريض . فالسبب فى الهستيريا مثلا هو صدمة اغوائية تعرض لها المريض فى الغالب الأرجح فى السنة الثالثة أو الرابعة من عمره — لكن بالتأكيد قبل بلوغه سن الثامنة — حيث استجاب لها بنوع من اللامبالاة أو الاشمئزاز أو الذعر . وكذلك الحال بالنسبة للعصاب القهرى ، بل ربما يرجع الى صدمة اغوائية فى سن أبكر من ذلك ، بحيث أعقبتها صدمة اغوائية أخرى استمد منها المريض بعض مشاعر اللذة والسرور بحيث غدا مشاركا فعالا فيها . ومهما كان الأمر فان «فرويد» سرعان ما عدل من موقفه (Freud, 1898) حيث استبدل تخيل الاغراء أو الاغواء بالاغراء الحقيقى . وقد أفضى به هذا الاستبدال الى تقديم نظريته العامة ، واستكشاف مفهوم الجنسية الطفلية (Freud, 1905) .

الاثـارة الأدنى أثنـاء الطفـولة

يمكن لنمو الطفل أن يتأثر باخفاقه فى تلقى تعرض كاف لأحداث بيئية ضرورية ، بالاضافة الى تأثره بما سبق عرضه من الأحداث غير المألوفة والشاذة التى تقع له أثناء الفترة النمائية .

الانعصاب أثناء الطفولة المبكرة Infancy

تستلزم كل الخبرات التى يمر بها المرء فى طفولته المبكرة قيبام

شخص أكبر ذى نفوذ أقوى بتوجيهها أو سياستها ، بل ان التوجيه أو السياسة حتى فى أضعف أساليبها وأوهنها قد تكون مليئة — فى بعض الأحيان — بالانعصاب • وقد قام « ليفين » وآخرون (Levine & Lewis; 1958; Levine; 1959; Levine, & Mullins, 1966) باجراء سلسلة من التجارب على مجموعة من الفئران المولودة حديثا والفئران الكبيرة لتحديد ما لمثل هذا الانعصاب من تأثيرات طويلة المدى أثناء الطفولة المبكرة •

وقد قام «ليفين» بتعريض الفئران الكبيرة لصدمات كهربائية خفيفة فى أوقات معينة كل يوم ، وكان قد تنبأ بأن تلك الصدمة قد تؤدى بالفئران التى تلقتها الى التأثر بتلك الخبرة على نحو عكسى ، بحيث تكشف عن أعراض اضطراب انفعالى حين تبلغ سن النضوج • وفى الحقيقة فان المجموعة الضابطة — التى عانت قدرا ضئيلا من الانعصاب أو لم تعان منه مطلقا أثناء طفولتها — قد أظهرت جبنها البالغ فى احدى المواقف الغريبة ، كما كشفت عن معدل بطىء فى نموها وتطورها البدنى •

ومن هنا فقد استنتج «ليفين» أن التعرض لقدر معين من الخبرات الانعصابية أثناء الطفولة المبكرة يبدو أمرا ضروريا لتنمية استجابة عادية للانعصاب خلال النضج •

الحرمان من الأمومة Maternal Deprivation

أجرى عدد من الدراسات التى هدفت الى تحديد ما لغياب الوالدين من تأثير عكسى ممكن أثناء السنوات القليلة الأولى من حياة الفرد ، وبخاصة تلك التأثيرات الناجمة عن الحرمان من الرعاية الأموية •

وقد أورد « فرويد ، بيرلنجهام (Freud & Burlingham, 1944) فى تقرير لهما تردى النمو اللفظى وتأخره فى أطفال دون عائلات ممن

بلغ عمرهم عاما واحدا أو عامين ، كذلك فقد قام « سبيتز » ;Spitz 1945, 1946; Spitz & Wolf; 1946) بعقد مقارنة بين أطفال رضع ممن تربوا فى ملجأ لليتامى ومجموعة أخرى من الأطفال الرضع الذين يتلقون رعايتهم فى دار حضانة ملحقة بسجن للنساء ، وقد هدف من وراء مقارنته الى وصف نوعين من الاستجابات الطبية النفسية : أولهما الاقامة فى المستشفى ، والتى تتضمن تخلفا عقليا وبدنيا معمما وفقدان الاستجابة وثانيهما الاكتئــاب الاتكالى anaclitic depression ، وهى استجابة اكتئابية ربطها «سبيتز» بانقطاع العلاقة الطبية بين الأم ووليدها •

وقد قام «سبيتز» بملاحظة استجابة الاكتئاب الاتكالى فى ١٩ طفلا رضيعا من بين مجموعة منهم بلغت ١٢٣ ، وقد حدثت تلك الاستجابة على نحو نموذجى أثناء فترة من الانفصال عن أمهاتهم تراوحت بين ثلاثة أشهر الى أربعة ، حيث حدث الانفصال عقب الشهر السادس من حياتهم • وقد قدم فيما بعد اقتراح يقضى بأن الفترة الممتدة بين الشهر السادس الى الشهر الثامن عشر من العمر فترة حاسمة يكون الطفل أثناءها أكثر قابلية للتأذى بانفصاله عن والديه (Rheingold & Bayley 1959; Kessler, 1966) • وعلى كل حال فان أعراض الاكتئاب الاتكالى تختفى بمجرد رجوع الأم وعودتها الى طفلها (Spitz; 1946) •

أما « جولد فارب » (Goldfarb, 1955) فقد أجرى دراسة طولية على خمسة عشر طفلا ممن وضعوا فى مؤسسة ايوائية فى عمر يقارب الخمسة أشهر ، ثم حولوا بعد ذلك للاقامة فى بيوت لرعاية الأطفال وتنشئتهم فى متوسط عمرى بلغ ثلاثة أعوام وأحد عشر شهرا ، كمــا شملت تلك الدراسة خمسة عشر طفلا كانوا يقيمون فى بيوت للرعاية مع أسر بديلة منذ أن كانوا أطفالا رضعا وعندما تم فحصــهم فى فترة المراهقة المبكرة (فى عمر يتراوح بين ١٠ الى ١٤ عاما) أظهر أطفــال المؤسسة الايوائية تأخرا فى الذكاء وصل الى المستوى الحدى أو البينى

borderline ، واحتياجا شديدا الى الحب والحنان مع تعلقات وارتباطات زائفة أو غير حقيقية ، واضطرابات سلوكية ، فقد اتسموا بعدم الكف أو الكبح ، وبالنشاط الزائد وعدم الاستقرار أو الضجر ، كما كانوا عاجزين عن تركيز انتباههم .

وعلى كل حال فقد كان « جون بولبى » المنظر الأكبر فى هذا المجال (Bowldy , 1944, 1951, 1953, 1967) اذ كتب فى عام ١٩٥١ كتيبا لمنظمة الصحة العالمية تحت عنوان «رعاية الأم لطفلها والصحة العقلية» Maternal care and mental health . وقد ذكر فيه أن العلاقة المستمرة الدافئة الحميمة بين طفل صغير وأمه الحقيقية أو البديلة والتى يجد فيها كل منهما الاحساس بالاشباع والمتعة ــ هذه العلاقة ــ تعد أساسا ضروريا للنمو الصحى السليم .

وقد نظر «بولبى» الى أى اضطراب فى العلاقة بين الطفل والأم باعتباره محددا ممكنا للسلوك الشاذ ، لكنه أكد بنوع خاص على ثلاثة أحداث : الافتقار الى أية فرصة لتكوين ارتباط وتعلق برمز الأم وصورتها فى الذهن أثناء السنوات الثلاثة الأولى من الحياة ، والحرمان من الأم لثلاثة أشهر على الأقل ، بل على الارجح الأكثر من ستة أشهر أثناء السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياة الطفل ، والتبدل أو الانتقال من رمز أموى (نسبة الى الأم) الى آخر أثناء السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياته .

وتتفاوت الآثار السيئة الناجمة عن الحرمان من الأمومة طبقا لدرجته ، اذ يرتبط الحرمان الجزئى بالقلق وبالحاجة الماسة الشديدة الى الحب ، كما يرتبط بمشاعر الانتقام والاثم والاكتئاب ، ويرى المختصون أن الأسلوب الذى يسلكه الطفل الصغير فى التعامل مع تلك الانفعالات يعد عاملا مسهما فى نمو عدم الاستقرار الانفعالى أو عدم ثبات الشخصية . أما الحرمان الكامل من الأم فانه يسهم فى اضعاف

القدرة على تأسيس علاقات مهمة مع الآخرين ، كما يفضى الى انماء شخصية سيكوباتية (معتلة نفسيا ومضادة للمجتمع) .

وفى عام ١٩٦٧ وبعد مرور ستة عشر عاما على كتيبه الذى حرره لمنظمة الصحة العالمية ، قام «بولبى» بتحسين نظريته بربط اضطرابات مختلفة بأحداث معينة مفضية الى الحرمان ، وذلك على النحو التالى :

(أ) يعد كل من الاعتـلال النفسى psychopathy والاعتـلال الاجتماعى sociopathy مترابطين مع الموت أو الطلاق أو انفصال الفرد عن والديه قبل بلوغه سن العاشرة .

(ب) يرتبط الانتحار بفساد نسب الفرد أو لا مشروعيته ، كما يرتبط بموت الوالدين أو طلاقهما قبل بلوغه سن الخامسة .

(جـ) يعد الاكتئاب ناجما عن موت أحد الوالدين ــ وبخاصـة اذا كان من جنس معاكس لجنس الطفل ــ عندما يتراوح عمر الطفل بين العاشرة والخامسة عشر .

ان تمزق العلاقات الطبيعية بين الطفل ووالديه بالاضافة الى افتقاره الى الاندماج فى مجموعات منظمة وفى قليل من العلاقات الفعالة بالأقران قد ذكرا بوصفهما عاملا مهيئـا لاستخدام الفـرد للعقاقير والأدوية على نحو غير طبى (Gorsuch & Butler, 1976) .

ولقد استمد افتراض الحـرمان من الأمومة قدرا من الدعـم والتأييد من خلال البحوث والدراسات التى أجريت على الحيوانات ، وانطلاقا فى الأصل من الاهتمام بانتاجية مستعمرة للقرود والابقـاء عليها خالية من الأمراض بهدف استخدامها فى عديد من البرامج البحثية المتنوعة فقد قام «هارلو» (Harlow & Harlow, 1962) بعزل الحيوانات المولودة حديثا عن أمهاتها لساعات قليلة بعد مولدها ، وذلك فى قفص

عار داخل حجرة كبيرة مع مجموعة أخرى من القرود الرضيعة وضعت فى الحجرة بطريقة متشابهة • وبينما انخفض معدل الوفيات بين القرود الرضيعة فان القرود التى ربيت بتلك الطريقة تكشفت عن نمط سلوكى شبيه بذلك الذى نشاهده فى الأطفال المضطربين انفعاليا ، والذى تندر مشاهدته فى القرود العادية • فقد كانت تلك القرود تجلس محدقة ببصرها فى الفضاء ، كما كانت تدور فى أقفاصها على نحو متكرر ، تنيم رؤوسها بين أياديها وأذرعها ، كما كانت تتأرجح جيئة وذهابا ، وقد قامت بتكوين عادات قسرية مدمرة لذاتها تمثلت فى استخدام أصابعها لقرص موضع معين من جسمها مئات المرات فى اليوم ، وفوق ذلك فانها حين وضعت مع حيوانات أخرى لوحظ بوضوح ضعف سلوكها الاجتماعى • ولم يفض الفصل مبكرا بين الأم والطفل الى سلوك شاذ فحسب ، بل انه أفضى كذلك الى ضعف فى القدرة على تكوين علاقات اجتماعية فعالة •

ولدراسة نمو تلك الأنماط السلوكية الشاذة فقد قام « هارلو » وآخرون (Harlow, 1958,Harlow & Zimmermann, 1958, 1959 ; Harlow, & Harlow, 1961, 1969 ; Harlow & Suomi, 1970) بتربية بعض القردة مع أمهات بديلة ــ أسلاك ملحومة على هيئة شكل اسطوانى ، غطى بعضها بقماش وبرى ، وقد نتأت (برزت) من صدورها حلمات زجاجات الارضاع ، كما كانت ذات رؤوس خشبية • وقد طورت القردة الرضيعة ارتباطا قويا «بالأم» المغطاة بالملابس ، ولكنها لم تفعل ذلك بالنسبة للأسلاك العارية • وفى المواقف المفضية الى الخوف أظهرت تلك القردة بوضوح أنها قد استشعرت الاحساس بالأمن والطمأنينة من وجود الأمهات البديلة المغطاة بالملابس • بيد أنه فى كل المظاهر الأخرى لم يكن هناك فارق جوهرى بين تلك القردة ونظيراتها الأخرى التى ربيت دون أمهات بديلة الا أنها كانت شاذة اجتماعيا •

ويتوافر الآن قدر غزير من البحوث والدراسات التى أجريت على

الحرمان من الأمومة ، وعلى الرغم من ميل الأنماط المنحرفة للرعاية الأموية فى الحياة المبكرة الى الترابط مع ما يحدث لاحقا من اضطرابات فى الناحية العقلية وفى السلوك الشخصى الاجتماعى ، فانه لا يمكن الوصول الى استنتاجات أكثر تحديدا نظرا لما هنالك من تفسيرات واسعة لمفهوم « الحرمان من الأمومة maternal deprivation (Yarrow, 1961) .

وفيما يتعلق بالتقرير المفصل الذى قدمه « بولبى » (Bowldy, 1967) فانه تجدر الاشارة كذلك الى ما قام به من اثبات ارتباط من الممكن تفسيره بشكل يفضي الى تدعيم نظريات أخرى غير نظرية الحرمان من الأمومة . فاذا ما توفى أحد الوالدين وطفلهما مازال صغيرا فان ذلك قد يعنى أن المتوفى منهما كان أكبر من مثيله الذى يبلغ عمرا عاديا أو متوسطا ، وبالتالى فقد كان له أسلوب مختلف فى الارتباط بطفله أو الاتصال به ، اذ ربما كان هذا الطفل هو الأصغر فى أسرة كبيرة ، أو ربما كان هو الأصغر نظرا لأن الوالدين الأكبر سنا أكثر عرضة لانجاب أطفال يعانون من شذوذ بمقتضى العوامل الوراثية (انظر الفصل السابع) ، وبالتالى فان السلوك الشاذ ربما كان نتيجة لحدث بيولوجى (عضوى) .

أما البحوث والدراسات التى قام بها «بولبى» فيما بعد (1968, 1969, 1973, 1975, 1977) فانها ترجع الى نظرية التعلق والروابط الوجدانية لا الى الحرمان من الأمومة .

العـزلة الاجتماعيـة

الحرمان من الأمومة شكل من أشكال التفاعل الاجتماعى المقيد ، ويؤدى التقييد المفرط للتفاعل الاجتماعى الى العزلة الاجتماعية Social isolation .

وقد أورد « ميلزاك ، سكوت » (Melzack & Scott, 1957) تقريرا عن تجارب استخدمت فيها كلاب قنص اسكتلندية قصيرة القوائم ، حيث انصب أهتمام الباحثين على ملاحظة ما اذا كان للتنشئة المبكرة فى بيئة قاحلة عقيمة تأثيرات دائمة على ذكاء تلك الكلاب ، ونشاطها ، واستجاباتها الانفعالية وسلوكها الاجتماعى .

وحالما تم فطام الجراء (الكلاب الرضيعة) التى ولدها كل واحد من هذه الكلاب — والذى تم بعد بلوغ عمرها أربع أسابيع تقريبا — قام الباحثان بتقسيمها الى مجموعتين : احداهما ربيت على نحو عادى واستخدمت بوصفها مجموعة ضابطة اما مع أناس يعيشون فى بيئة المجتمع المحلية أو بوصفها جراء حرة فى المختبر . أما المجموعة الثانية (التجريبية) فقد تم حبسها فى أقفاص ، لكل كلب قفص ، مع فرض قيود صارمة على خبراتها الحسية واحتكاكاتها بالأشياء الحية الأخرى . وفيما بين عمرى السابعة والعاشرة من الشهور سمح لكلاب المجموعة التجريبية بالخروج من بيئاتها المقيدة ، كما اتبع معها الأسلوب ذاته المتبع مع كلاب المجموعة الضابطة من تعامل وتدريب يومى ، ثم وضعت كلتا المجموعتين تحت الملاحظة فى عديد من المواقف التجريبية المتنوعة .

وقد برهنت أربع من تلك التجارب على نحو واضح أن الكلاب التى حرمت من الخبرات الحسية العادية أثناء النمو كانت استجابتها للألم شاذة غير سوية عندما بلغت سن النضج ، اذ لم تمل الى الكشف عن استجابة شرطية للمنبهات المؤلمة ، والتى ذكرت على نحو شائع بوصفها خاصية مميزة للاعتلال النفسى psychopathy ، بل انها كانت مفتونة منجذبة الى بعض هذه المنبهات المؤلمة مما يعد خاصية مميزة للمازوكية (التلذذ بالألم) .

وفى تجربة خامسة أطلق سراح كل كلب فى حجرة كبيرة اشتملت على حظائر فى كل ركن من أركانها ، بحيث حبس فى كل منها كلبان

آخران • وقد انصب اهتمام « ميلزاك ، سكوت » على ملاحظة سلوك المخالطة الاجتماعية ، فكشف سلوك الكلاب عن فروق واضحة محددة بين المجموعتين : فقد اقتربت كلاب المجموعة الضابطة من احدى الحظائر على نحو نمطى ، كما حدقت ببصرها فى الكلاب المحبوسة بداخلها ، هازة ذيولها ، محدثة نباحا عاليا • أما كلاب المجموعة التجريبية فقد مالت الى تجاهل الكلاب التى شغلت الحظائر ، بل انها بالت فى بعض الأحيان على الحظيرة كما لو كانت فارغة غير مشغولة • ويعد السلوك المعادى للمجتمع خصيصة أخرى مميزة للشخصية السيكوباتية (المعتلة نفسيا) •

مفهـوم الفتـرات الحـرجة

الفترات الحرجة critical periods فى النمو هى تلك الفترات التى يكون الفرد خلالها بوجه خاص حساسا لأحداث وخبرات معينة أو نزاعا الى تقبلها • انه مفهوم يجمع بين وجهتى النظر البيولوجية والبيئية ، كما يمثله مفهوم الدمغ أو الوسم imprinting لدى الايثـولوجيين (المهتمين بالدراسة المقارنة للحيوانات فى بيئاتها الطبيعية) •

وقد وجد «لورينز» (Lorenz, 1935, 1952) أن صغار طائرى الأوز والحجل التى فقست من بيضها حديثا قد تعلمت تتبعه والسير وراءه بدلا من تتبع أمها اذا رأوه أولا • وقد حدث هذا التعلم نتيجة لتعرض واحد — أى رؤيته مرة واحدة — ثم ظل مستمرا بشكل دائب حتى وصلت صغار الطيور الى مرحلة النضج • وقد برهنت التجارب التى أجراها «هاس» (Hess, 1959, 1962) بعد ذلك على أن هناك وقتا مثاليا لحدوث مثل هذا الدمغ أو الوسم ، وأنه قد لا يحدث مطلقا بعد بلوغ سن معين •

هذا ويختلف الدمغ أو الوسم عن التعلم الارتباطى associative

على أساس من أربع نقاط : اذ يحدث فقط أثناء فترات من النمو محددة جدا ، وغالبا ما تكون قصيرة جدا ، ولا يمكن عكسه أو ابطاله ، كما قد يكتسب الميل الى الاستجابة قبل حدوث الاستجابة نفسها بوقت طويل، وأخيرا فان الدمغ أو الوسم يستلزم تعلم تفاصيل نوعية لا خصائص فردية (Lorenz 1935; Moltz;1960) .

ولقد كانت معظم الدراسات التى قام بها الايثولوجيون مع الطيور، على الرغم مما تمت البرهنة عليه بوضوح من أن ثمة فترات مثالية لتكوين الروابط العاطفية (الانفعالية) بين الحيوانات والطيور الصغيرة ومدربيهم (Scott, 1958; Harlow, 1962)، كما فسرت نتائج الدراسات « هارلو ، هارلو » فى تجاربهم مع القردة على أنها تظهر بوضوح وجود فتـــرة حرجة تصلح لتعلم سلوك جنسى وأموى (Bemporad; 1974) ومع ذلك فان مفهوم الفترات الحرجة قد ينطبق على بنى البشر .

فمن المعروف جيدا أن ثمة فترات حرجة يمر بها الانسان فى نموه البدنى . فاذا قدر لامرأة حامل أن تصاب بالحصبة الألمانية قرب نهاية الشهر الثالث بعد وقوع الحمل فان طفلها سيولد أصم على الأرجح . وقد عدت كذلك الأعوام الثلاثة الأولى من الحياة فترة حرجة للنمـــو البدنى عموما نظرا لما يحدث من نماء سريع أثناء هذا الوقت ، فهى فترة يكون فيها الطفـــل حساسا الى حد كبـــير لنوعية نظـــام تغذيته (Sarason, 1972) .

وان حدوث فترات حرجة فى النمو النفسى والسلوكى من حيـــاة الانسان ــ وهى فترات التعلم الحرجة ــ أمر ممكن كذلك .

وقد ذكر «هاس» (Hess, 1962) ما يشير الى أن اليتامى الذين ينشأون منذ صغرهم على عدم الاجتماعية العضال (غير القابلة للشفاء) لم يتلقوا تفاعلا اجتماعيا ملائما خلال فترة من الفترات الحرجة ، كما

أن الحقيقة التى أشار اليها كل من « فرويد ، بيرلنجهام » Freud & Burlingham; 1944) من أن الأطفال الرضع الأصغر من ٧ أو ٨ أشهر لم يعانوا من قلق الانفصال عن والديهم ، وما ذكره «سبيتز» فى دراسته (Spitz, 1946) من أن حدوث هذا الانفصال قبل الشهر السادس من العمر لم يبد مفضيا الى استجابة اكتئابية بالاضافة الى الأعمال التى قام بها « رينجولد ، بايلى » (Rheingold & Bayley, 1959) تلك الأعمال والدراسات — قد فسرت بوصفها مؤشرا دالا على أن الطفل أكثر عرضة للكشف عن استجابة عكسية للانفصال عن والديه فى ما بين الشهرين السادس والثامن عشر من عمره ، والتى تعد بالتالى فترة حرجة بالنسبة لنمو القدرة على تكوين علاقات شخصية متبادلة (Kessler, 1966) .

ان طريقة «مونتيسورى» بالبدء بالتربية قبل سن المدرسة (Fisher; 1912; Walker 1913; Edmonson; 1963) بنيت على افتراض يقضى بأن ثمة فترات حرجة فى نمو الطفل ، تختص كل منها باهتمامات مميزة ومصادر اشباع معينة . ولقد ورد ما يوحى بأن برامج التربية العلاجية remedial education لابد من تنفيذها قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره (Bobath; 1967 ; Lichtenberg & Norton; 1971) حتى قبل بلوغه الشهر الرابع عشر من العمر .

والجدير بالذكر أن أيا من الدراسات لم تستوف كل المعايير التى ارتآها «لورينز» لعملية الدمغ أو الوسم . فانتقالا من الطيور الى الانسان فان الفترات الحرجة تميل الى أن تغدو أقل خطورة وحرجا ، بمعنى أنها تغدو أقل تحديدا فيما يتعلق بكل من الأحداث والخبرات وفترة النمو . وتتسق هذه الفكرة مع النزاع القديم المتعلق بغرائز الحيوانات فى مقابل ذكاء الانسان ; McDougal 1908 Thorndike, 1908; 1911; Tolman; 1920; 1923; 1932) فان ثمة دليلا

كافيا للاشارة ليس فقط الى وجود فترات عامة فى نمو الانسان حين يمكن خلالهـا بسهولة اكتساب مهارات وأنمـاط سلوكية معينة ، بل بالاقتراح كذلك بأن اكتساب تلك المهارات خارج هذه الفترات ربما كان أمرا صعبا ان لم يكن مستحيلا • ان مفهوم الفترات الحرجة قد يبدو اذن ذا قيمة فى فهم نمو السلوك الشاذ لدى بنى البشر •

خلاصـــة واســتنتاجات

قام أصحاب النظريات النفسية بالنص على المؤثرات البيئية التى تباشر دورها خلال المرحلة النمائية رغبة منهم فى تفسير نشأة (وتطور) المتغيرات التى عدوها ذات أثر فعال فى الافضاء الى أسباب السلوك المرضى الشاذ (انظر الفصل العاشر) ، كما قام بالنص عليها كذلك ذوو التوجه البيئى من المنظرين الذين يؤمنون بأن الاستجابات المتعلمة التى يبديها الفرد النامى تصمد وتثبت فى مرحلة الرشد • وحيثما ذكرت أنماط شـــذوذية مرضية معينة فانها تنصـــب على التخـلف العقلى والاجتماعى ، واضطرابات الشخصية ، والسلوك المعادى للمجتمع ، بالاضافة الى أشكال العصاب المختلفة • وبعيدا عن الاكتئاب والفصام الشامل (الكلى الموجود فى جميع الأماكن والأوقات) **ubiquitous** **schizophrenia** فان الاشارات أو الالماعات الى الأنماط الذهانية تتم ملاحظتها من خلال غيابها •

الفصل العاشر

النظريات النفسية لمسببات المرض النفسى

يمكن للمتغير البيئى أن يشتمل على طائفة متنوعة من التأثيرات اعتمادا على كيفية ادراكه وتصوره (Pastore, 1950, 1952; Mischel, 1977) • وقد عرف الانعصاب stress فى الفصل الثامن بمصطلحات بيئية على أنه « المطالب التوافقية الملقاة على عاتق المرء للاضطلاع بها، أى مشكلات المعيشة التى يتحتم عليه الكفاح والتعامل معها بنجاح اذا كان له أن يواجه حاجاته» (Coleman; 1973; P. 169) • ولكن فى تأملنا ومناقشتنا لكل من العوامل التى تحدد شدة الانعصاب ، والمتغيرات التى تحدد الموقف العصيب فقد تم التأكيد على أهمية الأسلوب الذى يدرك به الفرد بيئته ويقيمها • وقد ظهر موقف مشابه لذلك عند مناقشتنا لمفهوم «الاحباط» •

ان التأكيد على أسلوب ادراك الفرد لبيئته وتقييمها بدلا من التأكيد على البيئة ذاتها يعد سمة مميزة لوجهة النظر النفسية الذاتية • وان المتأمل لوجهة النظر تلك سيجد تباينات عدة فى عرضها بل فى المصطلحات المستخدمة للتعبير عنها ووصفها • فقد وصفت بأنها : نفسية داخلية intrapsychic أو نفسية دينامية (متعلقة بالدوافع)، أو نفسية تحليلية ، أو فينومينولوجية (مهتمة بوصف الظواهر) أو انسانية ، أو وجودية ••• الخ • وبعض المعتنقين لوجهة النظر النفسية الذاتية قد أجروا تحليلا مفصلا للمحتوى العقلى والعمليات العقلية مستعينين فى الغالب بمفاهيم ونماذج مستعارة من علم الأحياء

وعلم الاجتماع ، وبينما اهتم آخرون بالعمليات العقلية فى نطاق ضيق جدا كالتركيز على عمليتى الادراك والتفكير دون غيرهما من العمليات، فان كثيرا من مؤيدى وجهة النظر هذه قد سلموا بوجود عملية تنفيذية أساسية تدعى الأنا the ego أو الذات self ، وكلما قل تحليلهم وتحديدهم لجوانب أخرى من المحتوى العقلى زاد وعظم ميلهم الى الجمع — على نحو ضمنى أو صريح — بين تلك العملية الأساسية ومفهوم الارادة الحرة free will ، ولكنهم جميعا قد اشتركوا فى التأكيد على التركيبات العقلية بوصفها محددات للسلوك •

النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجى

١ — سيجموند فرويد

تأثر «فرويد» فى تصوره للعقل والظواهر العقلية بمعرفته وفهمه لعلم وظائف الأعضاء physiology وباحتكاكه كذلك بـ«ارنست بروكه» Ernst Brüke (١٨١٩ — ١٨٩٢) • وفى الحقيقة فان «فرويد» قد توقع من معرفة وظائف المخ أن تقوم يوما ما بامدادنا بأساس يعتمد عليه لنظريته النفسية التحليلية (Hartmann, 1959) • وعلى كل حال فقد طور نظريته الى درجة أضحت معها التنقيحات اللاحقة التى أدخلت عليها ذات ارتباط ضعيف بالحقائق العضوية أو الفيزيولوجية•

وكان « ارنست بروكه » واحدا من الأساتذة الذين تتلمذ «فرويد» على أيديهم فى المدرسة الطبية ، كما كان عالما من علماء الفيزيولوجيا ، وقد اعتقد بعدم وجود قوى أخرى نشطة فى الكائنات الحية غير تلك القوى الفيزيائيــة والكيميائية ، وبأنه يمكن اختزال جميــع القوى واخضــاعها لقوتى الجــذب attraction والطرد repulsion وقد قام «فرويد» بترجمة أنموذج الاستثارة الحسية والتفريغ الحركى للوظيفة العصبية — the sensory - excitation - motor - discharge model of nervous function .

وكذلك فكـــرة «بروكه» عن قوى الدفع والسحب push - pull البسيطة ، فقد ترجمهما «فرويد» بشكل مباشر تقريبا الى مصطلحات نفسية ، بحيث أصبحت الاستثارة طاقة عقلية ، وتحول تفريغ الاستثارة الى الشعور باللذة والسرور (Peters, 1960) .

وقد افترض «فرويد» وجود قوتين متعارضتين مع الحياة العقلية من حيث كونها صراعا مستمرا بين الاحتياجات البيولوجية أو الغرائز من جهة — والتى يفضى اشباع أى منهما الى السرور واللذة — والواقع الاجتماعى من جهة أخرى ، والذى يفرض قيودا على اشباع الغرائز . وقد عد الاحتياجات البيولوجية بمثابة قوة أولية أساسية ، كما افترض أن الهدف الأساسى من تنظيم الشخصية هو الوصول بالاشباع الى أقصى حد ممكن بينما يتم الاقلال من العقوبة والشعور بالاثم النابع عن القوى الاجتماعية الى أدنى حد ممكن . وبالتالى فقـــد افترض «فرويد» أنانية الانسان وتمركزه حول ذاته بحكم طبيعته الأساسية .

ومن الممكن أن نصف نموذج الشخصية لدى «فرويد» باعتباره نموذجا للاتزان الحيوى أو خفض التوتر : اذ ينشأ سلوك الفرد ابتداء من شعوره بالضيق أو عدم الراحة ، ثم يخمد ذلك السلوك ويهمـــد حالما يخمد شعوره بالضيق أو عدم الراحة . وبوسعنا كذلك وصفه على أنه نموذج نكوص ارتدادى regressive مادام يهدف الى العودة بالفرد الى حالة سابقة — ونموذج احتفاظى conservative مادام أنه قد ينظر الى هدفه باعتباره الاحتفاظ بتوازن الفرد عن طريق ازالة المنبهات المفضية لاضطرابه . انه كذلك نظرية تجنب وتحاش نظرا لأن الفرد يكون مدفوعا الى تجنب الضيق أو الازعاج والهرب منهما . ولكن فوق ذلك كله فان «فرويد» قد تبنى أنموذجا طبيا مرضيا . فالسلوك المرضى الشاذ بالنسبة الى «فرويد» هو مجرد عرض — مظهر سطحى — دال على صـــراع أساسى ، أو هو الأسلوب الذى يتخذه الفرد فى محاولته التعامل مع هذا الصراع أو التعويض عنه .

وكان اللاشعور — فى كتاباته المبكرة — هو المفهوم الذى تركزت عليه نظريته ، حيث تصوره وكأنه منطقة من مناطق العقل (Freud; 1915b) • ولكنه بعد عام ١٩٢٠ تقريبا نظر الى اللاشعور على أنه نوع من الظواهر العقلية ، وفى الوقت نفسه فقد صرف النظر عن الانقسام الثنائى البنائى الذى تفرع الى الشعور واللاشعور وأحل محله التنظيم الثلاثى المكون من الهو والأنا والأنا الأعلى (Freud, 1923a. 1926) .

وليست الهو والأنا والأنا الأعلى تركيبات يمكن تحديدها بالطريقة ذاتها التى يمكن بها التعرف الى المهاد Thalamus وقرن آمون Hippocampus بوصفهما تركيبين من تراكيب المخ • ولكنها مجموعات من العمليات المختلفة : اذ يعد الهو تمثيلا عقليا للعمليات البيولوجية الأساسية ، ويعد الأنا الأعلى تمثيلا للعمليات أو التأثيرات الاجتماعية، أما الأنا فهو التمثيل العقلى للذات والعمليات النفسية المحضة (Hall & Lindzey, 1957; 1978) •

الهــو The id

يتركب الهــو من كل شىء موروث وموجود عند الميــلاد ، ويتضمن تصور «فرويد» للعمليات الغريزية • انه تركيب الشخصية الأصلى الذى يتمايز أو يتخالف كل من الأنا والأنا الأعلى عنه ، والذى يهدف الى تجنب الألم والضيق أو الازعاج واجتلاب اللذة والسرور • وعندما يتزايد التوتر اما نتيجة لاستثارة خارجية أو نتيجة لاحتياجات داخلية فان وظيفة الهو تنشط فى الحال لتصريف ذلك التوتر والعودة بالفرد الى مستوى أكثر راحة واستقرارا (Schur, 1966) .

الأنــا The ego

عندما يتحدث المحللون النفسيون عن الأنا فانهم يشيرون بذلك

الى عدد من العمليات العقلية المعرفية الأساسية والتى تتضمن التذكر والادراك وصياغة المفاهيم (Holzman, 1970) وعلى الرغم من أن بعض المنظرين اللاحقين قد افترضوا أن بعض تلك العمليات لها استقلالها الأساسى ، وأنها تتعلق بمجال من الأنا خال من الصراع (Hartman, 1939; 1950) فان «فرويد» نفسه قد نظر الى الأنا باعتباره انبثاقا ناجما عن صراع بين الهو والعالم الخارجى. انه ينشأ نظرا لأن اشباع حاجات الفرد يستلزم على نحو ثابت تفاعلا ملائما مع البيئة ، ومن هنا فانه يهدف الى منع تصريف التوتر واعاقته حتى يتم اكتشاف موضوع أو شىء ملائم لاشباع تلك الحاجة . فالأنا يعد اذن بمثابة السلطة التنفيذية للشخصية .

الأنـــا الأعلـــى The superego

الأنا الأعلى هو استدماج المرء لقيم المجتمع ومعاييره وتبنيه لها، فهو السلاح الخلقى للشخصية . ويتضمن جانبين أو وجهين : الأنا المثالى والضمير (Freud, 1914) . وقد نظر اليه «فرويد» على أنه ينمو استجابة لما يتلقاه المرء من والديه من ثواب أو ما ينزلانه به من عقاب، وبتكونه وتشكله يحل ضبط الذات محل الاشراف أو التحكم الوالدى . وتتمثل وظائفه الأساسية فى ثلاث مهام هى :

١ ـــ كبح اندفاعات الهو وبخاصة تلك التى تتسم بطبيعة جنسية أو عدوانية ، نظرا لما يفرضه المجتمع من قيود وحظر شديد لمواجهة التعبير عن تلك الاندفاعات .

٢ ـــ اقناع الأنا وحثه على احلال الأهداف الأخلاقية محل الأهداف الواقعية .

٣ ـــ السعى والكفاح لبلوغ الكمال (OP. Cit.) .

الحيـــل الدفاعيــة Defence mechanisms

تؤكد نظرية «فرويد» فى الدافعية على الغرائز بوصفها مصادر للعقاب والشعور بالاثم وما يرتبط بهما من مشاعر القلق والاحباط . وفى تأكيدها على الغرائز أكدت فى الوقت ذاته على الحيلة الدفاعية التى يمكن وفقا لها اشباع تلك الغرائز بينما يتم تجنب العقاب والشعور بالإثم . وتمثل الحيلة الدفاعية حجر الزاوية فى وضع «فرويد» لنظريته عن نمو السلوك بنوعيه العصابى والذهانى . ولعـل السبب فى تلك الأهمية هو أن التعامل مع الصراع بين اشباع الغرائز ومصادر العقاب وما يرتبط بهما من احباط وقلق جعل «فرويد» يسلم بعديد من الحيل الدفاعية التى يمكن بوساطتها السيطرة على تلك الغرائز أو اشباعها بينما يتم تجنب العقاب وتحاشى الشعور بالاثم .

ويعد القلق استجابة ذاتية تحذر الفرد من خطر وشيك الحدوث، فهو اشارة تومىء للأنا بأنه ما لم يتخذ التدابير المناسبة لدرء وقوع هذا الخطر فانه سوف يسقط فى الهاوية بل يتدمر . وقد حدد «فرويد» (Freud, 1926) ثلاثة أنماط للقلق كما يلى :

١ ــ القلق الواقعى أو الموضوعى ، والذى يتضمن الخوف من تغيرات حقيقية فى العالم الخارجى والتى ينشأ عنها النوعان الآخران من القلق ، وهما :

٢ ــ القلق العصابى المتمثل فى الخوف من فقدان السيطرة على الغرائز وضبطها ، مما يؤدى بالفرد الى القيام بشىء ما يتلقى عليه عقابا .

٣ ــ القلق الأخلاقى المتمثل فى الخوف من الضمير .
فالشخص الذى تكون لديه « الأنا الأعلى » على نحو جيد يميل الى الشعور بالقلق اذا فعل شيئا مناقضا للقيم الاجتماعية والثقافية التى

نشأ عليها وتربى ، بحيث يمكن أن يقال عنه : أنه يشعر بوخز الضمير وتأنيبه .

ان القلق الذى لا يمكن السيطرة عليه بفعالية يصيب الفرد بصدمة وجرح قويين ، كما يفضى به الى حالة من العجز الطفولى الذى يغد نمطا نموذجيا لصدمة الميلاد ، اذ يحاول «الأنا» فى البداية أن يحتفظ بانضباطه بأسلوب منطقى واقعى ، ولكنه حين يعجز عن مكافحة القلق بنجاح — باتباع أساليب منطقية معقولة — فانه يرتد الى استخدام طرق أخرى غير معقولة ولا منطقية . وهو ما يطلق عليه الحيل الدفاعية .

ان السبب فى اعتبار الحيل الدفاعية طرقا غير معقولة ولا منطقية فى التعامل مع القلق يرجع الى ما تفضى اليه من تشويه للواقع أو اخفائه أو انكاره ، فتعوق بذلك نمو الشخصية (Freud; 1894; 1896a; 1896c; 1926) وقد قامت « آنا فرويد » (Anna Freud;1946; P.47) بتحديد تسعة من الأساليب الدفاعية — المألوفة عند الممارسة العملية — والتى تم وصفها على نحو حصرى شامل فى الكتابات النظرية للتحليل النفسى ، وقد أضافت اليها حيلة دفاعية عاشرة ترتبط على الأصح بدراسة الحالات السوية أكثر من ارتباطها بالعصاب .

الكبت Repression

يعد الكبت أكثر الحيل الدفاعية شيوعا ، كما يعد شرطا لازما لحدوث الحيل الأخرى . انه رفض لا ارادى للاندفاعات والأفكار الواردة من الشعور أو الوعى وبخاصة تلك الأفكار المرتبطة بالاندفاعات الجنسية والعدوانية فى الطفولة ، والتى يمكن أن تفضى الى استثارة القلق اذا سمح لها بدخول الوعى أو الشعور ، ومن ثم تظل مكبوتة فى اللاشعور (Freud, 1915a) .

النكـوص Regression

حين يحاول شخص ما تجنب قلق الوضع الراهن بالتصرف بطريقة تتسق مع مرحلة سابقة مبكرة من حياته فانه يطلق عليه شخص منتكص (انظر كذلك الفصل الثامن) .

التكـوين العكسـى Reaction Formation

يمكن — فيما يبدو لى — تمثيل رد الفعل — بصورة مصغرة — بأحد أعمال « ويليام شكسبير » الموسومة : « السيدة التى تحتج كثيرا جـدا » The lady doth protest too much (Hamlet, III ; ii) اذ يشار بالتكوين العكسى الى تعزيز الكبت بالقول أو بالأفعال التى تعد نقيضا مباشرا للدافع التهديدى . وتعد الأشـكال المتطرفة من السلوك مؤشرا دالا فى الغالب على التكوين العكسي (Hall & Lindzey, 1978) . فالشخص الذى يبـدو ودودا مفـرطا فى وده ، ملحـا ومستجديا أكثر مما ينبغى قد ينم سلوكه هذا عن تكوين عكسى لما يشعر به من عداوة لا يمكنه تقبلها .

القـلب (العكس) Reversal

لاحظ «فرويد» (Freud, 1930a) فى كتابه تفسير الأحلام أن الأفكار المثيرة للقلق قد تجد طريقها الى الشعور فى صورة معكوسة . فعلى حين يشير التكوين العكسى الى سلوك علنى صريح فان القلب أو العكس يشير الى المحتوى العقلى .

الاسـتدماج Introjection

يشير الاستدماج الى العملية التى عن طريقها يمتص الفرد أو يتبنى سمات الآخرين وخصائص من حوله فى البيئة ممن يمثلون مصدرا لقلقه (Freud, 1922) ويشار اليه أحيانا على أنه «توحد بالمعتدى»،

فلقد وصف على أنه نمط من التوافق شائع فى معسكرات الاعتقـــال والسجون ، حيث يتصرف بعض المساجين مثل حراســـهم حتى فى علاقاتهـــم مع المساجين الآخرين (Bettelheim, 1943) • وقد يبدو الاستدماج أيضا مفسرا للسلوك المنحرف الشاذ لدى بعض الرهائن والركاب وملاحى الطائرة أثناء محاولات اختطاف الطائرات •

الاســـــقاط Projection

الاسقاط تدعيم لما يقوم به الفرد من كبت لسماته الخاصة المثيرة للقلق من خلال نسبتها أو عزوها الى الآخرين • وبهذه الطريقة فان قوله : « انى أكرهك » يغدو « انك تكرهنى »• ويحمل الاسقاط فى طياته افتراضا يقضى بأنه من الأسهل التعامل مع مصدر القلق اذا أمكن عزوه الى العالم الخارجى لا الى دوافع الفرد الخاصة على الأصـــح (Freud, 1922) •

الابطـــــال Undoing

لقد نظر «فرويد» (Freud, 1926) الى الابطال والعزل isolation على أنهما نشاطان من أنشطة «الأنا» التى تسبب أعراضا وتستحق اهتماما خاصا نظرا لما يمثلانه من بدائل واضحة للكبت • فالابطال محاولة لا لتصحيح ما يترتب على بعض التصرفات أو الخبرات من نتائج فحسب ، بل انه يستهدف التصرف أو الخبرة نفسها لتعطيـــل ما قد حدث مسبقا بالفعل ، وهو بالطبع أمر مستحيل • ومن هنا فانه غالبا ما يوصف من حيث هو محاولة سحرية للتعويض عن اثم أو التكفير عنه ، كما يستخدم بوصفه تفسيرا لبعض الحالات العصابية كالميـــل الوسواسى القهرى لغسل اليدين •

العـــــزل Isolation

على الرغم من أن هذه الحيلة الدفاعية تبدو مشابهة لحالة التصدع

أو الانفصـــال dissociative state فان «فرويد» (Freud, 1926) قد نظر اليها بوصفها خاصية فريدة لعصاب الوسواس ، فهى حالة من الاخفاق فى وصل خبرة أو سلوك ما بروابطه الانفعالية والترابطية • فالخبرة لا يتم كبتها كما هو الحال بالنسبة لفقدان الذاكرة الهستيرى hysterical amnesia ، بل هى مجرد خبرة محرومة من خصائصها الانفعالية المثيرة للاضطراب •

التحول ضد الذات

اذا تحولت الدفعة الغريزية ــ والتى عادة ما تكون عدوانية ــ بحيث توجه نحو الداخل كنوع من اتهام الذات أو الاقلال من قيمتها self deprecation بدلا من توجهــه الى الخارج نحو موضـــوع الكراهية فانه يشار اليه حينئذ باعتباره تحولا ضد الذات • ومن مزاياه افساح المجال للتعبير عن الدافع بينما يتم تجنب الوقوع تحت طائلة العقوبات الاجتماعيـــة العادية ، ويعد بمثـــابة خاصية مميزة للاكتئاب والمازوكية (Drellich, 1974) •

التسامى أو ازاحة الأهداف الغريزية

يحدث التسامى sublimation أو الازاحة حين يتم تحويل الدوافع غير المقبولة الى قنوات مقبولة شخصيا واجتماعيا (Freud, 1930b) وتتيح ممارسة الرياضة بأنواعها فرصة لذلك ، كما يمكن التأكد من بعض الاختيارات المهنية على ضوء هذا التسامى أو تلك الازاحة • وقد أرجع «فرويد» (Freud, 1910) اهتمامات «ليونارد دافينشى» برسم السيدات كنوع من التسامى بالتعبير عن شوقه الشديد لأمه التى انفصلت عنه فى وقت مبكر من عمره ، بينما يعد ما نظمه «شكسبير» من قصائد قصيرة (لا تتجاوز ١٤ بيتا sonnets) ، وأشعار « والت وايتمان » ، وموسيقى «تشايكوفسكى» ورواية «بروست» العظيمة ــ بينما يعد ذلك كله ــ لدى بعض أتباع «فرويد» نوعا من التعبير

المتسامى عن اشباع رغباتهم الجنسية بشكل علنى صريح فانهم قد حولوا طاقاتهم الى ابداعات خيالية (Hall, 1954) .

هذا وتجدر الاشارة الى أن كل الحيل الدفاعية يتم توجيهها الى ابعاد صراعات معينة عن دائرة الوعي الشعورى . ونتيجة لذلك فقد ذكر ما يوحى بأن الهدف الأساسى للتحليل النفسى (انظر الفصل الثاني عشر) هو تحويل ما هو لا شعورى الى مجال الشعور أو الوعى. وفى الحقيقة فان المحللين النفسيين يقيسون التقدم فى العلاج النفسى من خلال أبعاد ثلاثة :

١ — أن يغدو السلوك أكثر معقولية ومنطقية ، بحيث تقوده اعتبارات فكرية عقلية لا استجابات انفعالية .

٢ — أن تغدو الطاقة التى كانت تهدر فيما سبق فى ابقاء الأفكار والدوافع مكبوتة — تغدو — متاحة ميسرة لاستخدامها فى التوافق اليومى — كما يبدو مثلا فى تحسن القدرة على تحمل الاحباط .

٣ — أن يقل تحكم الدفعات غير المقبولة فى الشخصية ، كما يغدو الفرد أقل توترا وأقل قابلية للشعور بالذعر والدفاعية .

وبناء عليه فان مضمون ذلك هو أن الأعراض الأساسية للشذوذ أو الانحراف تتمثل فى اللامعقولية ، وضعف القدرة على تحمل الاحباط، والتوتر . وعلى العكس من ذلك فان الفرد السليم السوى يتميز بالمنطقية أو المعقولية ، وبالقدرة على تحمل الاحباط ، بالاضافة الى تميزه بالاسترخاء وقلة التوتر .

تطوير النظرية الفرويدية

حاول عديد من الباحثين تطوير نظرية «فرويد» وتحسينها (انظر مثلا (Hartman; 1939; 1950; Kardiner; Karush & Ovesey;

(1959a, 1959b; 1959c; 1959d; Schafer,1968) فبالنسبة لبعضهم — مثل «يونج» Jung — الذى سنتحدث عن نظريته فى الجزء التالى — فان ما قاموا به من تحسين يتضمن رفضا فعليا واقعيا للنظرية الأصلية. وبالنسبة لبعضهم الآخر — مثل الفرويديين المحدثين أمثال « هورنى » و «سوليفان» و «فروم» — فهناك تحول فى مواطن التأكيد مع شرح تفصيلى رئيسى للمجالات التى أغفلها «فرويد» . وعلى مستوى أكثر تواضعا فان بعض النظريات قد قامت ببساطة بالتوسع فى جوانب معينة من نظرية «فرويد» . ويعد « موراى ، ماكليلاند » من أفضل الأمثلة للاتجاه الثانى .

هنرى أ. موراى Henry A.Murray (١٨٩٣ —)

تؤكد نظرية «موراى» (Murray, 1938, 1968) — كما هو الحال لدى «فرويد» — على الدافعية اللاشعورية ، كما تؤكد على ذاتية التقرير اللفظى أو حريته لدى الفرد بما فى ذلك التقرير المتعلق بنشاطه التخيلى أو تخيلاته . وقد انحرف «موراى» عن «فرويد» فى معالجته لمفهوم « الأنا المثالى » ، حيث يرى الأول أن هذا المفهوم ربما انفصل عن « الأنا الأعلى » انفصالا تاما ، وبتلك الطريقة فانه بمقدور «موراى» تقديم شرح مبسط للتناقضات الظاهرة كالفرد الذى يتطلع الى أن يكون مجرما عاتيا ، أو ذلك الفرد الذى يحاول أن يكون خادما لارادة الله أو ساعيا لرفاهية المجتمع على حساب طموحه الشخصى . كذلك فان مفهومه الذى قدمه للأنا الأعلى والأنا المثالى يسهم فى تزويدنا بحرية للتعديل والتطوير بعد مرحلة الطفولة أكثر مما يمكن لنظرية «فرويد» أن تقدمه . ولكن ما قدمه «موراى» من أفكار عن الدافعية يعد فى الحقيقة أعظم اسهاماته تميزا وتفوقا .

ولقد قدم «موراى» شرحا مفصلا للدافعية الانسانية من حيث تعلقها بمفهوم الحاجات needs حيث عرفه باعتباره تكوينا أو تركيبا

construct (وهو تخيل مريح أو مفهوم افتراضى) يرمز الى قوة ...
فى منطقة المخ ، قوة تقوم بتنظيم الادراك والتفهم ، والتعقل ، والنزوع ، والفعل بطريقة ما بحيث تحول حالة موجودة غير مشبعة أو مرضية الى اتجاه معين (Murray, 1938, P.123) .

وكما فعل أصحاب النظريات الغريزية خلال وقت مبكر من القرن العشرين فان «موراى» قد حذا حذوهم الى حد كبير حيث قام بوضع قائمة تحتوى على ما يربو على عشرين نوعا من الحاجات النفسية التى عنى بشرحها ووصفها ، ولكى يقوم بقياسها فقد صمم (Murray, 1938; 1943) اختبار تفهم الموضوع TAT الذى يعد — بين الأساليب الاسقاطية — الثانى من نوعه بعد اختبار «رورشاخ» من حيث شهرته وشيوع استخدامه لدى الاكلينيكيين . كما تشكل تلك الحاجات النفسية الأساس الذى بنيت عليه قائمة «ادواردز» للتفضيل الشخصى Personal Preference Schedule (Edwards, 1953) .

ديفيد ماكليلاند David C. McClelland (١٩١٧ —)

قام «ماكليلاند» بدراسة نوع واحد من الحاجات التى حددها موراى ، وهى الحاجة الى الانجاز Achievement ، والذى تمتد جذور أفكاره الى المدرسة النفسية التحليلية للدافعية ، بيد أنه يمكننا أن نرى فكرة الانجاز وأهمية الأنشطة المتعلقة به فى كتابات «ويليام جيمس» (Fineman, 1977) . وكما هو الحال مع «جيمس» فقد انصب تركيز «ماكليلاند» على الوجدان المرتبط بالدافعية الى الانجاز معرفا كلا منهما بأنه الوجدان الايجابى أو السلبى المستثار فى مواقف تستلزم التنافس وفقا لمعيار ما من التفوق والامتياز ، بحيث يمكن تقييم الأداء فى مثل هذه المواقف باعتباره اما ناجحا أو فاشلا .

وقد كرس «ماكليلاند» جهده فى العمل الذى قام به مبكرا لتطوير

نظرية الدافعية الى الانجاز ، بيد أنه فى وقت لاحق لذلك أصبح مهتما كذلك بقضايا معينة تتعلق بالسلوك الالتزامى والادارى (McClelland, 1961; McClelland et al., 1953, 1958) وقد طبقت نظريته بشكل محدود فى الأوضاع الاكلينيكية ، كما تعرضت لانتقاد «بيتيرز» (Peters, 1960) الذى رأى أنها تمثل ارتدادا الى مذهب « جيريمى بينثام » Bentham فى السعادة الحسية hedonism أو ما يسمى بمذهب اللذة والسرور •

المرض السيكوسوماتى (النفسى الجسمى)

اذا أردنا تقديم تفسير كامل للاضطرابات النفسجسمية — بل فى الحقيقة لأى مرض — فانه لابد من أن نأخذ بعين الاعتبار لا مسببات الانعصاب فحسب — كتلك التى تتعلق بأحداث الحيـاة والمتغيرات البيئية الأخرى التى تعرضنا لمناقشتها فى الفصل الثامن — بل نضع فى اعتبارنا كذلك الفرد واستجابته لتلك العوامل العصبية الضاغطة • وقد لاحظ «سيلى» (Selye, 1955) أن هناك مجموعة متنـوعة من العوامل التى يمكنها التأثير فى انتاج هورمونات التكيف وفى تأثيراتها على الأعضاء المستهدفة لدى الفرد ، وقد ذكر من بينها الوراثة ، والعمر ، وحالة الفرد الغذائية ، وتعرضه مسبقا للانعصاب • ولكن «سيلى» لم يتعرض لتطوير هذا الجانب من نظريته •

ومن الممكن تحديد سبع نظريات أو افتراضات مختلفة تتعـلق بنمو أعراض نفسجسمية معينة يرتبط كثير منها بوجهة النظر النفسية التحليلية Psychoanalytical ، والتى سنفصل القول فيها الآن :

١ — افتراض الضعف البدنى Somatic weakness

هناك مصطلح آخر يستخدم بالتبادل معه ويعرف باسم « نظرية كعب أخيل » Achilles' heel theory ، ويؤكد هذا الافتراض بالدليل

أن الاضطراب الذى يبدو للعيان انما يتحدد عن طريق أضعف خلقة فى جهاز الاستجابة الفيزيولوجى (Alexander & Szasz, 1952) .

فاذا كانت معدة الفرد ضعيفة فانه سينمى اضطرابا معويا حين يتعرض للوقوع تحت ضغط من الضغوط ، واذا كان جهاز أوعيته الدموية القلبية ضعيفا فان ضغط دمه سيغدو مرتفعا . وطبقا لهذه النظرية فانه ليس ثمة حاجة الى ارتباط منطقى بين نوع الانعصاب النفسى الذى يخضع له الفرد والاضطراب البدنى الناجم عنه . ويمكن فى هذه الحالة ارجاع الاضطراب الى الطبيعة العرضية التى يتميز بها العامل — أى عامل — الذى أدى فى الأصل الى اضعاف العضو أو الجهاز الفيزيولوجى . ونتيجة للفروق الفردية أو الوراثة أو مرض بدنى سابق فان جزءا معينا من التكوين العضوى للفرد سيكون أضعف من بقية أجزائه الأخرى ، وبالتالى فانه سيكون أكثر قابلية وتعرضا لنمو اضطراب ما اذا وقع الانعصاب . وقد وجد «ريز» مثلا (Rees; 1964) أن ٨٠٪ من الأشخاص المرضى بداء الربو — والذين أجرى عليهم دراسته — كانوا يعانون من التهابات سابقة فى جهازهم التنفسى، بالمقارنة الى ٣٠٪ من الأشخاص غير المصابين بهذا الداء والذين استخدموا بوصفهم عينة ضابطة . وهذه الفكرة يمكن ملاحظتها كذلك فى نشأة المفهوم النفسى للدونية inferiority لدى «أدلر» (Adler, 1907).

الأنماط النوعية اللاارادية Specific autonomic patterns

قام «وولف» (Wolff, 1950) بتقديم نوع مختلف من أنماط افتراض الضعف البدنى الذى سبق أن تحدثنا عنه ، وقد استمد تأييدا مبنيا على أساس من التجارب التى قام بها عدد من الباحثين (Lacey, 1967; Lacey & Lacey; 1958, Wengar et al. 1962, Malmo and Shagass, 1949a, 1949b; Malmo, Shagass & Davis, 1950)،

ويفترض هذا النوع من النظريات أن كل فرد سوف يستجيب - بناء على تركيبه الوراثى الى حد كبير - للانعصاب بنمط مميز من النشاط الفيزيولوجى • فقد يستجيب له شخص ما باظهار رد فعل أقوى من خلال ارتفاع ضغط دمه ، مع أقل قدر ممكن من التغـــير فى استجابة الجلد الجلفانية (نسبة الى الكهرباء الناتجة عن التفاعل الكيميائى) وفى معدل خفقان القلب ، بينما قد يستجيب شخص آخر لذلك باظهار نمط عكسى مخالف • وقد تحدث الأعراض النفسجسمية فى العضـــو أو الجهاز الأكثر حساسية واستجابة للضغط أو الانعصاب •

افتراض الرمز العرضى Symptom-symbol hypothesis

قام العديد من أتباع «فرويد» ومريديه - خلال تطوير مفهوم «فرويد» (Freud, 1895b) عن أنواع العصاب الفعلى الذى تعد أعراضه نتيجة مباشرة لكبـــح الطاقة النفسية - قاموا باستخدام ما لاحظه «فرويد» نفسه من رمزية بين الاضطرابات العصابية التحولية ، حيث استخدموها فى تفسير الاضطرابات النفسجسمية أو ما أسموه بأشكال العصاب المتصل بعضو Organ neurosis (Deutsch, 1922) •

وطبقا لوجهة النظر تلك فان الأعراض النفسجسمية ترمز الى ما تعانيه شخصية المريض من صراعات نفسية داخلية مكبوتة من خلال احدى أشكال لغة الجسم • اذ ترمز صعوبات الربو الى وجود عبء ثقيل على صدر المرء ، كما ينظر الى الاسهال على أنه شكل من أشكال العطاء العدوانى للآخرين بديل للعطاء الحقيقى (Ferenczi, 1926) والى الغثيان أو الاشمئزاز الشديد على أنه عجز عن تحمل حالة غير سارة ، والى الالتهابات الجلدية العصبية على أنها أسلوب بدنى يعبر عن سيطرة شيء ما على جلد المريض ، والى قرحة المعدة peptic ulcer على أنها نوع من الهجوم الرمزى على الغشاء المخاطى من قبل والدة المريض المشربة بالعداوة والكراهية (Garma, 1950) •

ان تلك النظرية لا تصادف تأييدا أو قبــولا من أحد فى الوقت الحاضر باستثناء عدد قليل من المختصين • فلقد اتضــح أن الأعضاء الأحشائية (الأمعائية) visceral التى تنشأ منها تلك الأعراض لا ترتبط بأية طريقة مباشرة بالمراكز اللحائية العليا ، وليس من المحتمل بالتالى أن تكون ملائمة للتعبير عن الأفكار بهذه الطريقة • وفضلا عن ذلك فمن الأيسر أن نفسر الأعراض النفسجسمية على أنها اعداد الجسم كى يعبر عن هذه الأفكار ، أكثر منه مجرد شكل من أشكال هذا التعبير•

افتراض الصراع النوعى Specific conflict hypothesis

هنـــاك مصطلح آخر يستخدم معه بالتبادل يعــرف بافتراض « الصراع ــ النكوص » • ويوحى هذا الافتراض بأن ثمة نوعا معينا من الصراع اللاشعورى فى كل اضطراب نفسجسمى (Alexander, 1950) ويعد هذا الافتراض امتدادا طبيعيا لنظــرية الانفعال الطارىء لدى «كانون» (Cannon, 1929) والتى تفترض ارتباط تغيرات انفعالية معينة باستجابات فيزيولوجية معينة •

وقد أكد «ألكساندر» (Alexander, 1950) على أهمية فهم الأعراض النفسجسمية بوصفها استجابة البدن لحالات انفعالية ملحة معينة ، تلك التى نشأت بدورها فى الأصل وتعهدت من قبل احتياجات معينة أو عن طريق صراعات قائمة بين تلك الاحتياجات • وقد افترض بأنه يمكن ارجاع قرح المعدة الى حاجة محبطة من العطف والحنان • فكل المرضى بالقرح لديهم احتياجات اعتمادية شديدة يستجيبون لها بواحدة من طريقتين : فاما أن يستجيبوا لها بتنمية الشخصية القرحية التقليدية، حيث يوجد لدى المريض تكــوين عكسى لحاجته غــير الناضجة الى المساعدة ، ورغبته فى أن يحظى من الآخرين بالرعاية والعناية ، والذى يتبدى فى الانجاز العدوانى ، والاستقلالية ، وتحمل مسئولية زائدة مفرطة ، أو يستجيبوا لتلك الاحتياجات بتقبل عدم نضجهم ، وبتعلقهم

وتشبثهم وكثرة مطالبهم ، ولكنهم يواجهون بالصد والرفض من قبل الآخرين الذين يمثلون أهمية خاصة بالنسبة لهم فى بيئتهم ، والذين يجدون أن سلوكهم غير مقبول • وفى أى من الحالتين فان حاجتهم المحبطة الى العطف والحنان تتعادل مع حاجتهم الى الطعام ، كما يستثار نشاط معدتهم بحاجتهم الضرورية الى العطف والحنان • وهذا النشاط المعدى المفرط يتضمن الافرازات المعدية وتغيرات فى معدل تدفق الدم مما يفضى الى القرحة •

وقد افترض «فرينش ، ألكسندر» (Freneh & Alexander; 1941) أن الصراع الذى لا ينحل حول اعتماد الفرد بشكل زائد على أمه والذى يشبه تهديده بالانفصال عنها يمكن أن يعجل بحدوث نوبة ربو • وقد عدت تلك النوبة بالتالى بمثابة تعبير عن حاجة الفرد الماسة المكبوتة الى الأم •

وقد أورد «ويلسون» (Wilson, 1948) تقريرا مفصلا عن خمسة من سبعة أفراد مرضى بحمى القش hay fever كان قد قام بدراستهم من منطلق تحليلى نفسى ، وقد افترض فى تقريره أن ذلك الاضطراب (حمى القش) نجم عن صراع بين فضول جنسى غريزى وعادات أو أعراف اجتماعية • وفى معرض تنويهه بالأولية النشوئية (الارتقائية) لحاسة الشم فقد افترض «ويلسون» أنه اذا وجد اخفاق فى كبت الفضول الجنسى والتسامى به مع المجريين البصرى والعقلى ، فان جهاز الشم يغدو محملا بأكثر مما يطيق ، كما سيغدو كل من العين والأنف محتقنين وتتزايد افرازاتهما المخاطية بدلا من حدوث ذلك فى الأعضاء التناسلية •

وفى محاولته شرح كيفية حدوث العرض النفسى الفيزيولوجى ونشأته لدى بعض المرضى دون بعضهم الآخر فقد ذكر «ويلسون» (Wilson, 1948) النمو النفسى الجنسى لدى الفرد ، حيث قد يفضى

احلال الشم محــل الفضول الجنسى البصرى الى حساسية متزايدة للغبار أو اللقاحات النباتية • وعلى أية حال فقد أحيــا «ألكسندر» (Alexander, 1950) المفهوم الفرويدى المتعــلق بالنكوص ، ذاكرا أن المرضى النفسجسميين كانوا قد عانوا فى طفولتهم من صراعات صدميه، حيث حدث لهم تثبيت عليها ثم عادت فى الوقت الراهن من حياتهم لتصبح مستمرة مداومة ولتستعيد نشاطها من جديد •

افتراض الاتجاه المعين Specific attitude hypothesis

ويمثل هذا الافتراض صيغة أخرى مختلفة من الافتراض السابق، اذ ان المتغير الأساسى هنا ليس هو الصراع فى حد ذاته ، ولكنه الاتجاه الذى يحمله المريض نحو الصراع • وطبقا للافتراض الحالى فان هناك اتجاهات معينة تحدد العرض السيكوسوماتى الذى ينمو ويتطور ، فاذا تغير الاتجاه فان الأعراض تتغير بتغيره (Grace & Graham,1952)

ان الافتراض الاساسى هنا هو أن لكل اتجاه نحو موقف مثــير للاضطراب نمطا فيزيولوجيا للاستجابة مرتبطا بها ، ومن ثم يفضى الى اضطراب نفسجسمى معين ، اذ يتجه المرضى بالقرح نحو مرضهم بالاستياء والامتعاض ، والشعور بالحرمان والرغبة فى الانتقام • كما يتجه من يعانى من ضغط دم جوهرى نحو تلك الحالة بنوع من الحذر واليقظة والانتباه ، والشعور بأنه مهدد بخطر دائم ، وبأنه فى حاجة الى أن يكون فى يقظة دائمة ، آخذا جانب الحيطة والحذر فى كل وقت• ويرتبط الربو الشعبى bronchial asthma بشــعور المريض بالبغض والكراهية والاهمال من الآخرين ، ولذا فان لديه رغبة فى أن يصد أبواب التفكير فيهم أو التعلق بهم • أما الاضطرابات الجلدية فترتبط بشعور المريض بأن الآخرين يعاملونه على نحو جائر ظالم ، وبأنه مصاب بالهزيمة ، محبط ، ولا توجد لديه رغبة فى القيام بأى شىء تجاه ما يعانى منه • ويرتبط الاسهال بالرغبة فى التغلب على حالة ما والتخلص

من شيء من الأشـــياء . هذا ومنذ عهـــد قريب جدا تم تفسير هذا الافتراض من حيث علاقته بمتغير معين من متغيرات الشخصية ، وهو ســـهولة التأثر بالايحـــاء عن طريق التنـــويم المغناطيسى hypnotic suggestibility (Peters & Stern, 1971) .

افتراض نمط الشخصية Personality type hypothesis

يشـــير هذا الافتراض الى أن من يعـــانون من الاضـــطراب السيكوسوماتى ذاته يشتركون فى بعض من سمات الشخصية الشائعة فيما بينهم (Dunbar, 1943; 1955; Wisdom & Wolff. 1965) .

وفى مراجعة ونقد للنتائج البحثية المتاحة استنتج « ماكويد » (McQuade, 1972) أن ثمة نمطا من الشخصية يتميز أصحابه بأنهـــم عرضة للاصابة بمرض الشريان التاجى ، ويتسم المصاب به بالعدوانية والتنافس والطموح وعدم الاستقرار . وهذه السمات قد بدت فى ٧٠٪ من المرضى المصابين بمرض الشريان التاجى للقلب وكان عددهم ٢٥٧ مريضا والذين شكلوا احدى مجموعتى الدراسة ، وفى الوقت ذاته فان أفراد مجموعة أخرى ضابطة ـــ ممن وصفوا بالهدوء أو التمهل والصبر وقلة الاهتمام بالانجاز ـــ كانوا ذوى مناعة أو حصانة ضد الاصابة بمرض الشريان التاجى للقلب .

افتراض الشخصية الأمومية Maternal personality hypothesis

ويمثل هذا الافتراض شكلا مختلفا من أشكال الافتراض السابق، ويقضى هذا الافتراض بأن الاضطرابات النفسجسمية تنشأ نتيجـــة للتفاعل بين المريض وأمه ، حيث تتميز الأم بسمات معينة تؤدى الى احداث الاستجابة النفسجسمية اللاحقة .

وقد قام « روجرسون ، هاردكاسيل ، ديوجيد » (Rogerson, Hardcastle & Duguid, 1935) وكذلك «جيرارد» (Gerard, 1948;

(1953 بوصف أطفال يعانون من ربو باعتبار أن والديهم مفرطون فى حمايتهم ، واتجاههم بالحماية المفرطة نحو أبنائهم كان محاولة لقهــر مشاعر الذنب الناجمة عن اتجاههم بالكراهية والعداوة العميقة نحو هؤلاء الأبناء • وهذا الافتراض شبيه الى حد كبير بنظرية الأم التى تورث مرض الفصام (انظر الفصل التاسع) •

نقد نظرية فرويد

نظرا لتوجه الحيل الدفاعية نحو ابقاء أفكار معينة بعيدا عن الوعى الشعورى ، فان المحتــويات اللاشعورية تعد محــددا رئيسا للسلوك • وقد أوحى تلامذة «فرويد» المتصلبون نتيجة لذلك بأن ثمة دافعا لاشعوريا لكل شىء يقوم المرء بفعله : فاذا قام شخص ما بكتابة تاريخ يوم من أيام العام الماضى فى أول يناير من العام الحالى فان مرد ذلك الى رغبته غير الواعية فى ألا يكبر ليصبح عجوزا ، كذلك فان الجراحين وأطباء الأسنان يكبتون ميولهم العدوانية ويتسامون بها ••• الخ • ولكن «فرويد» قدم نظرية اللاشعور فى الأصل قاصدا من ورائها فقط الى شرح أنماط سلوكية نوعية معينــة كفلتات اللسان ونسيان اسم شائع مألوف ••• الخ والتى أسماها بالأخطاء السلوكية الصغيرة parapraxes (Freud; 1916) .

ان « فرويد » لم يدع بأنه يمكــن لتلك العمليات اللاشعورية تفســير معظــم التصــرفات الانســانية ، ولكنــه ادعى بأن تلك العمليــات بمقــدورها أن تقــدم تفسيرا للظــواهر التى كان من المتعــذر تفسيرها أو التى أمكن شرحهــا وتفسيرها فقــط بعبارات فيزيولوجية غير مصقولة أو مهذبة مثل « زلت يده » his hand slipped أو « كان متعبا » he was tired • لقد اتخذ معيارا من السلوك المنطقى الموجه نحو هدف ما ، وأفاد ضمنا بأن الاشارة الى العمليات العقلية اللاشعورية انما تكون وثيقة الصلة بالموضوع فقط اذا لم يتطابق ذلك السلوك مع مثل هذه المعايير (Freud, 1901, 1924, Peters, 1960) •

ان التهمة التى وجهت الى نظرية «فرويد» -- برغم ما له من

خلفية طبية ، وبرغم تبنيه لأنموذج بيولوجى بصفة أساسية ــ قد أكدت تأكيدا بالغا على الوقائع أو الأحداث البيئية بدرجة أهملت الفـــروق الفردية البدنية الحيوية أو قللت من شأنها بوصفها مصدرا للفروق فى الشخصية • وعلى كل حال ــ ودفاعا عن «فرويد» ــ فانه قد قدم معظم أفكاره فى وقت لم تكن المعرفة الحالية ميسرة فيه فيما يتعلق بالوراثة والكيمياء الحيوية والهورمونات والتغذية (Williams; 1960) .

النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجى

٢ ــ علم النفس التحليلى لدى يونج

كان « كارل يونج » Carl Jung زميلا مخلصا وصديقا لفرويد ، وتوطدت تلك الصداقة بينهما لفترة تقارب الثلاث عشرة سنة • ولقد كان من المقدر له أن يصبح خلفا لفرويد ، ولكن النزاع الذى دب بينهما والذى وصف بالتعقد والافراط فى الفصل فيه وإنهائه (Hall & Lindzey; 1978) أفضى الى قيام «يونج» بتمزيق عرى هذه الزمالة والصداقة ، وتطوير أسلوبه الخاص فى العلاج النفسى ــ أو ما يطلق عليه علـــم النفس التحليلى ــ والذى يعد مزيجا من اهتمامه بعلم الآثار القديمة وأفكاره الدينية التى اكتسبها من أسرته حين نما وترعرع فى أحضانها، بالاضافة الى نظرية «داروين» فى النشوء والارتقاء التى ذاع صيتها فى ذلك الوقت •

وتتركز نقطة الخلاف الرئيسة بين «فرويد» و «يونج» حول مفهوم «اللاشعور» • فقد قدم «يونج» شرحا مفصلا رئيسا لذلك المفهـــوم مقرا ومسلما بكل من اللاشعور الجمعى collective واللاشعور الشخصى personal ومحددا فى كل منهما خصيصتين مميزتين لنظريته وهما : مفهوم النماذج الأصلية archetypes ومفهوم العقد النفسية complexes

اللاشعور الجمعى

فى الوقت الذى أكد فيه فرويد على الأصول الطفلية (المتعلقة بالأطفال الرضع) للشخصية فاننا نجد «يونج» قد أكد على أصلها العرقى racial وعلى تعلقها بنشوء الجنس وتطوره phylogenetic وقد سلم جدلا بوجود شخصية منجزة متطورة performed evolutionary شبيهة بالصورة البدنية المنجزة المتطورة . والانسان العصرى بالنسبة الى «يونج» ليس فقط النتاج البدنى لأجيال من التفاعلات مع البيئة ، ولكنه نتاجها النفسى كذلك نظرا لأن آثار التذكر الكامنة لتلك التفاعلات يتم نقلها وتحويلها الى كل جيل تال لتلك الأجيال . وتمتد آثار الذاكرة هذه بعيدا الى ما وراء التاريخ الانسانى لتصل الى الأسلاف الحيوانية للانسان ، كما أنها منفصلة بالضرورة عن الخبرات الشخصية للفرد ، بالاضافة الى عموميتهاوشيوعها بين جميع أفراد الجنس البشرى . واتسامها بالكمون والاستتار يعنى أنها لاشعورية كذلك . ومن هنا فان «يونج» قد نظر اليها باعتبارها مشكلة ومكونة للاشعور الجمعى المغاير فى رأيه للاشعور الشخصى . وقد عزا «يونج» الجانب الجمعى من هذا اللاشعور الجمعى الى تشابه تركيب المخ وبنيته لدى كل الجماعات العرقية ، مؤكدا أن تجاهل توارث تلك الآثار التذكرية الكامنة يتضمن تجاهل تطور المخ وتوارثه .

وقد أطلقت عديد من الأسماء على تلك الآثار التذكرية الكامنة والموروثة ، والتى تتضمن تسميتها « بالآثار السائدة المسيطرة » dominants أو « الصور العقلية البدائية » primordial images أو «الأخيلة images » أو «الصور العقلية الأسطورية» mythological imagas أو « الأنماط السلوكية behavioral patterns (Jung, 1943) . ولكن أكثر تلك الأسماء شيوعا هو « النموذج الأصلى » .

النماذج الأصلية Archetypes

يتشابه مفهوم النموذج البدائى لدى «يونج» الى حد كبير مع المفهوم العام للغريزة instinct ، فهو امكانيــة موروثة أو استعداد طبيعى سابق للتصرف بطريقة معينة •

ولقد ولد الانسان مزودا بكثير من تلك الاستعدادات الطبيعية التى تقود سلوكه وتوجهه ، كما تحدد بصفة جزئية ما سيغدو واعيا به أو مستجيبا له • فالانسان ميال بفطرته الى الخوف من الظلام مثلا أو من الثعابين نظرا لأن الانسان البدائى واجه أخطارا فى الظلام ، كما كان ضحية الثعابين السامة • ومن الممكن ألا تغدو تلك المخاوف الكامنة نشطة بالمرة اذا لم يتم تقويتها وتأكيدها من خلال المرور بخبرات معينة • ومع ذلك فان الميل والنزوع الى هذه المخاوف يظل موجودا كما يجعل المرء قابلا للتأثر بتلك الخبرات •

ان مفهوم النموذج الأصلى لم يفسح المجال ليونج ليقوم فقــط بتفسير حدوث الأفكار المتشابهة أساسا فى الأجناس والثقافات ، والتى تميل فيما يبدو الى التطور بشكل مستقل ، بل سمح له كذلك بالتوفيق بين ما يبدو من شذوذ وخروج عن المعتاد فى جنسه وثقافته الخاصة • ومن أكثر النماذج الأصلية شيوعا تلك النماذج المتعلقة بالميلاد والموت والاله والشيطان والبطل والرجل العجوز الحكيم • وقد تكون هذه النماذج برمتها تلقائية مستقلة بذاتها ، كما قد تكون مستقلة عن بقية جوانب الشخصية • ولكن هناك نماذج معينة تعامل بشكل ثابت على أنها مستقلة كذلك ، ونعنى بذلك الأنيما Anima (الجانب الأنثوى فى شخصية الذكر) والأنيموس Animus (الجانب الذكرى فى شخصية الأنثى) ، والظل ، والقناع persona والذات self •

وعلى الرغم من امكانية تأثر كل من الأنيما والأنيموس بالخصائص

البيولوجية فانهما يعدان نتاج الخبرات العرقية Racial للرجل مع المرأة، ونتـــاج الخبرات العرقية للمرأة مع الرجل • وتؤدى تلك النمـــاذج الأصلية بكل جنس sex الى اظهار سمات الجنس المغاير ، كما تقوم بدفع كل جنس وحثه الى الاستجابة لأفراد الجنس المغاير وفهمه •

أما الظل shadow فانه يتكون من الغرائز الحيوانية التى احتفظ بها الانسان أثناء نموه المتطور • كما يتشابه الى حد كبير مع مفهوم الهو Id لدى «فرويد» ، ويعد مسئولا عن ظهور الأفكار والمشاعر غير المرغوبة اجتماعيا فى الوعي والسلوك ، وعن مفهوم كل من الخطيئة الأصلية والشيطان ، بالاضافة الى مسئوليته عن التعرف الى العدو وتمييزه •

من ناحية أخرى فان القناع persona هو الدور الذى خصصه المجتمع للفرد بحيث يتوقع منه القيام به فى الحيـــاة (Jung, 1945) كما يتضمن بعـــض خصـــائص مفهـــوم الأنا الأعلى لدى «فرويد» . (Hall & Lindzey, 1978)

وقد رأى «يونج» فى كتاباته التى قام بها مبكرا أن الذات مرادفة أو مساوية للنفس أو الشخصية الكلية • ولكنه حين بدأ فى سبر أغوار الأسس العرقية للشخصية واكتشف النماذج الأصلية عثر على واحد من تلك الأسس ، والذى يمثل الكفاح الانسانى فى سبيل الوحدة • وقد سمى هذا الأساس بالذات the self وعده بمثابة استعداد طبيعى تشترك فيه كل الكائنات الانسانية لتوحيد الشخصية والابقـــاء على جميع جوانبها الأخرى مستقرة متكاملة •

ويمكن للنماذج الأصلية أن تمتزج وتندمج مع بعضها بعضـــا فيما يسمى باللاشعور الجمعى حيث تفضى الى المفاهيم المركبة ، اذ يمكن مثلا لنموذجى البطل والرجل العجوز العاقل الحكيم أن ينضما معا بحيث تنتج عنهما فكرة « الملك الفيلسوف » ، وهو شخص مبجل

موقر يستجاب له نظرا لأنه قائد ونذير لمجتمعه ، أو يمكن لنموذجى الشيطان والبطل أن ينضما معا لاحداث مفهوم القائد الشيطان .

اللاشعور الشخصى

وهو منطقة مجاورة للأنا the ego ، كما يشبه الى حد كبير مفهوم « ما قبل الشعور » لدى «فرويد» . كذلك فانه يقوم مثله باتاحة الفرصة للمحتوى ليتنقل بينه وبين الأنا ، وهو الأسلوب الذى اتخذه «فرويد» و «يونج» لتفسير الى أين تذهب مواد ذلك المحتوى حين يتم نسيانها بشكل مؤقت ، كما أنه يقع داخل اللاشعور الشخصى حيث حدد «يونج» موقع العقد النفسية .

العقـد النفسـية Complexes

العقدة النفسية هى مجموعة من الذكريات والادراكات والأفكار الكامنة انفعاليا ، وينظر اليها على أنها تشتمل على نواة nucleus تعمل بمثابة مغناطيس يجذب اليه عديدا من الخبرات المتنوعة أو بمثابة عنقود تتجمع حوله وفيه تلك الخبرات . وفى حين تعد النواة وكثير من عناصرها المتراملة المترابطة لاشعورية بصفة عامة فان ما يرتبـط بها من معان وأفكار وخواطر يمكنها أن تغدو شعورية واعية ، بل انها غالبا ما تصبح كذلك .

نقد علم النفس التحليلى لدى يونج

ترتبط نظرية «يونج» فى الشخصية بطريقة من طرق العـلاج النفسى ، وقد تأثرت بها اختبارات الشخصية والتقويم التشخيصى . ويعد «يونج» مسئولا عن تقديم سمات الشخصية (الانطواء والانبساط) الى علم النفس ، برغم اشارته اليهما بوصفهما بمثابة «اتجاهات» . كما ترتبط نظريته باختبار تداعى الكلمات والذى اتخـذ منه أسلوبه الرئيس فى سبر أغوار اللاشعور . ومهما يكن من أمر فان الاختبار

نفسه لم ينشـــأ على يدى «يونـج» • بل عادة ما ينسب الى « السير فرانسيس جولتون » (Sir Francis Galton. 1879-80; 1883) كما قام «فنت» (Wundt, 1896; 1900-20) بادخاله الى علم النفس •

ويمكن بوضـــوح تحديد تبنى «يونـج» للأســـس والمبـــادىء البيولوجية من خلال الدور المهـــم الذى خصصه للوراثة • وتقـــوم الوراثة بتفسير وجود الغرائز البيولوجية التى تخدم أهداف حفـــظ الذات والتناسل • ولكن «يونج» قد انحرف بشكل حاد عن موقع علم الأحياء الحديث حين أكد بأن هناك توارثا «للخبرات» السلفية (المتعلقة بالأسلاف أو المستمدة منهم) ، بالاضافة الى ما هنـــالك من توارث للغرائز البيولوجية • ويتم توارث تلك الخبرات ـــ أو بعبارة أصح ـــ توارث الفرد لامكانية الحصول على تلك الخبرات بالطريقة ذاتها التى حصل بها عليها أسلافه بوصفها نماذج أصلية • وبقبول «يونج» لفكرة التوارث الثقافى فقد انحاز بنفسه الى المبدأ القائل باكتساب الصفات أو الخصائص ، وهو مبدأ مازالت الغالبية العظمى من علماء الوراثة المعاصرين ينظرون الى صدقه بنوع من الشك والارتياب •

كذلك فقد أيد «يونج» الشروح والتفسيرات (المتعلقة بالبحث عن غاية الطبيعة) • فبينما نجد «فرويد» قد أكد على الخبرات السابقة باعتبارها محددات رئيسة للسلوك فان «يونج» يحاول البرهنة على أن مستقبل الفرد وماضيه يحددان سلوكه ويقررانه ، اذ يتأثر الفرد لا بما حدث له فقط وهو طفل بل بما يتطلع الى فعله والقيام به فى المستقبل •

وقد صادف علم النفس ـــ بالمفهوم الذى تبناه «يونج» ـــ عددا من الأتباع والأنصار الذين يؤيدونه فى كل أنحاء العالم سواء فى مجال الطب النفسى أم فى علم النفس ، وكذلك فى مجالات أخرى غير نفسية كالتاريخ والآداب وعلم الآثار القديمة • ولكن على الرغم من اجتذابه لاهتمامات متجددة خلال أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات فانه

لم يتمكن مطلقا من مجابهة التحليـــل النفسى التقليدى بجرأة وتحد • ومن بين الأسباب الكامنة وراء ذلك صـــعوبة قراءة مفاهيمه وفهمها (Schultz, 1976) • بل ربما كان السبب الأساسى هو تأكيده القوى على علم الأحياء ، والوراثة واللامعقولية بالاضافة الى اقراره لمبـــدأ وراثة الخصائص المكتسبة والتفسيرات أو الشروح الغائية •

وعلى وجه الخصوص فان اهتمام «يونج» بالسر أو الباطن ، وبخوارق الطبيعة ، والتصوف ، والدين ، وتأكيده على اللامعقوليـــة بدلا من المعقولية يعد على الأرجح سببا وراء ما وجه اليه من نقد على يد الاتجاه الشائع فى الطب النفسى المهنى بالاضافة الى الاهتمام المتجدد الذى أشرنا اليه • فتلك مفاهيم غير معترف بها علميا ، ولكن المناخ الاجتماعى الذى ساد العالم الغربى خـــلال أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات كان موسوما باتجاهات منـــاوئة للمذهب العقلى وللبرهنة العلمية •

النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى

تعكس نظريات الشخصية التى صاغها « فرويد » و « يونج » تأثير المناخ الاجتماعى نفسه الذى شكل وجهة التقدم فى البيولوجيا والكيمياء فى القرن التاسع عشر • فقد نظرا الى الفرد باعتباره نظام طاقة يتسم بالتركيب والتعقد ، بل يســـاعد على اســـتمرار نفسه بتفاعلاته مع العالم الخارجى • كما أكدا على مفهوم البقاء الفردى ، وانتشار الأجناس وتكاثرها ، والنمو الارتقائى • ومعنى ذلك أنه على الرغم من أن «فرويد» — على وجه الخصوص — قد تعهد بمبدأ بناء علم نفس عام فانه مال الى التأكيد على الفـــرد على حساب البيئة الاجتماعية أو الثقافية التى وجد الفرد فى اطارها •

وكما هو الحال فى الغالب فان التشدد فى اتجاه معين يفضى الى التشدد فى اتجاه معاكس له • فعـــلى حين شغل العـــالم الأكاديمى

بالداروينيــة ونمــوذج التطــور البيــولوجى بدأ علــم الاجتمــاع والأنثروبولوجيا (علم الانسان) فى الانبثاق والظهور كنظامين مستقلين فى اهتماماتهما . وبينما كان «فرويد ، يونج » يؤكدان على أهميــة المحددات البيولوجية والوراثية فى تشكيل السلوك فان رد فعل الآخرين من واضعى نظريات الشخصية كان مع النظريات الاجتماعية الثقافية. ولقد أدى تجاهل «فرويد» النسبى للاطارين الاجتمــاعى والثقافى اللذين يحدث فيهما السلوك الى هجر كثير من المنظرين اللاحقين لمبدأ الحتمية البيولوجية والتخلى عنها تأييدا لمبدأ الحتمية الثقافية .

وطبقا لوجهة النظر الاجتماعية النفسية فان الفرد يعد نتــاجا للمجتمع الذى يعيش فيه . كما ينظر الى الشخصية من حيث تشكلها بالمتغيرات الاجتماعية على نحو أكثر من المتغيرات البيولوجية . ومن بين العلماء الذين تبنوا النظرية التحليلية النفسية مع التأكيد على دور علم النفس الاجتماعى فيها تبرز أربعة أسماء : ألفريد أدلر ، وكارين هورنى ، واريك فروم ، وهارى ستاك سوليفان .

فكل هؤلاء الأربعة كونوا ـــ بطريق أو بآخر ـــ رد فعل مضاد لتأكيد «فرويد» على الحاجات والغرائز البيولوجية ، ولكن لم يقم أى منهم باتخاذ موقف بيئى متطــرف مؤكدين بالأدلة والبراهين أن شخصية الفرد انما تتكون كلية من خلال أوضاع المجتمع الذى ولد فيه.

وفى اطار تأكيدهم على متغيرات مختلفة فقد خصصوا للشخصية أبعادا اجتماعية تلائم الأبعاد البيولوجية التى توسع «فرويد ، يونج» فى تفصيلها . وفى حين لم يعطوا لفكرة الدافعية اللاشعورية الا قليلا من اهتمامهم فقد بسطوا القول فى تناول الشخصية بمدخل نفسى داخلى intrapsychic من خلال سبر محدداتها الاجتماعية واكتشافها .

الفــريد أدلــر Alfred Adler (١٨٧٠ ـــ ١٩٣٧)

يعد « ألفريد أدلر » بمثــابة الشخصية البــارزة المؤسسة بين

واضعى النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى • ففى عام ١٩٠٢م دعاه «فرويد» هو وثلاثة آخرين الى تكوين مجموعة تحولت فيما بعد لتصبح « جمعية فيينا التحليلية النفسية » ، وبذلك فقد كان واحدا من الأعضاء المؤسسين لتلك الجمعية ، والتى أصبح رئيسا لها فى عام ١٩١٠م • الا أنه سرعان ما قام بتطوير أفكار تتعارض مع تلك التى طرحها «فرويد» فيما يتعلق بالنشاط الجنسى sexuality ، وفى عام ١٩١١م ــ وقبل ارتداد «يونج» (عن أفكار المدرسة النفسية التحليلية) بعامين ــ عرض «أدلر» وجهات نظره على جمعية فيينا حيث تعرضت لنقد لاذع من أعضائها ، فقدم استقالته من الجمعية • ثم قام خلال أشهر قليلة بانهاء جميع صلاته وارتباطاته بمذهب «فرويد» فى التحليل النفسى ليشرع بعد ذلك فى تطوير نظريته الخاصة التى كانت مفاهيم الميول الاجتماعية والسعى فى سبيل التفوق والرفعة بمثابة حجر الزاوية فيها • وبرغم ذلك فقد استمر فى اظهار تأثره بارتباطه القديم بفرويد الذى كان زميله الذى يكبره فى السن بأربعة عشر عاما •

وقد أطلق «أدلر» على نظريته فى الشخصية اسم « علم النفس الفردى » برغم الحقيقة المعروفة عنه من تأكيده على المجتمع بدرجة قوية جعلته يعد الكائن البشرى المنعزل بمثابة تجريد خال من أى معنى• من ناحية أخرى فانه كان يستخدم كلمة «الفرد» بالمعنى اللاتينى لكلمة indivisible أو « غير قابل للتجزئة » • وعلى النقيض من التصور التحليلى للشخص على ضوء أجزائه المكونة له فقد عد الفرد بمثابة وحدة غير قابلة للتجزئة •

كذلك افترض «أدلر» وجود قوة دافعية رئيسة تقع داخل الفرد، وأنه يمكن النظر الى الحياة على أنها انتشار أو نمو تدريجى لتلك القوة • والانسان وفقا لأدلر حيوان اجتماعى بالفطرة • ومن ثم فان علم النفس الفردى يؤكد على الوعى ، كما يركز على المعرفة والمسئولية

والمعانى والقيم • ويعد السلوك نتاجا للمكونات المعرفية بحيث ينتج عنها فى نمط منطقى ، كما يتميز فى الفرد العادى بالمعقولية أو المنطقية، ولكنه يتميز فى الفرد المضطرب عقليا « بالذكاء الشخصى private أو « المنطق الخاص » private logic •

وعلم النفس لدى «أدلر» يشمل على نحو كامل مفهوم المنحى العضوى organismic والانسانى والغائى teleological وذلك على النقيض من مدخل «فرويد» الذى يتميز بالآلية والاختزالية والعلية (السببية) • ولقد كان «فرويد» مختزلا فيزيولوجيا أخلص الولاء على نحو صارم للمفهوم التحليلى والتجزيئى elementaristic المادى (البدنى) للانسان • من ناحية أخرى أراد «أدلر» لنفسه أن يكون مساعدا للجنس البشرى • فعلى العكس من افتراض «فرويد» الرئيسى الذى يقضى بأن الغرائز الفطرية تحدد السلوك الانسانى وتقرره ، وعلى العكس كذلك من اعتقاد «يونج» بأن النماذج الأصلية الفطرية هى التى تحدده وتقرره ، فقد افترض «أدلر» تحدد السلوك على نحو أولى بالدوافع الاجتماعية برغم أنه لم يعد الامكانية الاجتماعية فطرية • ولقد كان الكفاح من أجل التفوق والرفعة هو الدافع الاجتماعى الذى ركز عليه « أدلر » •

الكفاح من أجل التفوق Striving for superiority

اعتقد «أدلر» بأن الدافع الانسانى الأساسى هو الكفاح من أجل التفوق كتعويض عن مشاعر الدونية •

ولقد اعتقد «أدلر» فى الحقيقة بأن هناك قوتين دافعتين هما : الحاجة الى التغلب على الدونية والرغبة فى التفوق ، كما اعتقد بأن وجودهما معا فى الانسان أمر عادى • بيد أن النتيجة النهائية هى وجود قوة دافعية أساسية فى كل الكائنات الانسانية ، بحيث تفسر النماء الفردى والتقدم الاجتماعى •

وخلال ممارسته للطب العام قام «أدلر» بتطوير نظـرية عن المرض ، وقد نشرها تحت عنوان « دراسة القصور العضوى والتعويض البدنى عنه » • وتقرر هذه النظرية أن الناس يتكشفون عن مرض أو يطورون خللا وظيفيا فى ذلك العضو أو الجزء الأضعف من أبدانهم• وتتخذ الاستجابة العامة لذلك الضعف صـورة التعويض والتعويض المفرط عنه • فالشخص الذى يولد مثلا ببنية جسمية صغيرة وضعيفة قد يقضى ساعات كثـيرة فى رفع الأثقـال لتنمية بدنه (وتلك عملية تعويضية) ، وقد ينتهى به تدريبه فى النهاية الى أن يصـبح مدربا متخصصا فى التدريب على كمال الأجسام (وتلك عملية تعويض مفرط)• وبعد مرور سنوات عديدة وعندما بدأ «أدلر» فى ممارسة الطب النفسى قام بتوسيع نظريته عن القصور العضوى بحيث شملت كل مشـاعر القصور والدونية بما فى ذلك مشاعر النقص الناجمة عن ضعف نفسى أو ضعف فى العـلاقات الشخصية المتبادلة أو النابعـة من ضـعف فيزيولوجى •

الشـذوذ المرضـى

يمكن للسلوك المرضى الشاذ (العصاب) أن يحدث اذا بالغ الفرد فى اظهار شعوره بالدونية والنقص أو بالغ فى بذل جهـوده من أجل التفوق • وقد استخدم «أدلر» مصطلح «مركب النقص» inferiority complex للاشارة به الى مثل هذه الاستجابة العصابية المبالغ فيها •

ان الاستخدام الشائع لمصطلح « مركب النقص » والذى يسوى بينه وبين مشاعر النقص المعتادة هو على العكس من المعنى الضـيق الذى أقره «أدلر» ، فطبقا لأدلر (Adler, 1964, P.96) : « أن تكون انسانا يعنى أن تشعر بنقص فى ذاتك » • وعلى الرغم مما ذكره كذلك — فى سياق النمو العادى — من أن الكفاح من أجل التفوق هو تعويض عن مشاعر النقص ، وأن أسلوب الحياة التعويضى الناجم عن ذلك

والذى يقره الفرد ويتبناه — على الرغم من ذكره لذلك — فان مشاعر النقص التى تبدو على نحو أكثر بروزا وجلاء فى الطفولة قد تصبح فى طى النسيان .

ولقد كان «أدلر» على وعى بأنه « لا يمكن لأى واحد أن يتذكر أنه قد شعر أبدا بالنقص والدونية ، بل يحتمل كذلك أن يشعر كثير من الناس بالنفور أو الاشمئزاز من هذا التعبير ، ويودون لو أنهــم اختاروا كلمة أخرى بدلا من النقص أو الدونيـــة » (Liebert & Spiegler, 1978, P.77) . ومن الممتع حقا أن نلاحظ ما هنالك من تشابه بين وجهة نظر «أدلر» التى تقضى بأن الراشدين يغفلون عن مشاعر النقص التى مروا بها فى طفولتهم ، ووجهة نظر «فرويد» التى ترى أن الراشدين يغفلون عن مشاعرهم الجنسية الطفلية التى مروا بها فى طفولتهم ولا يعونها ، ووجهة نظر «بورجاتا» (Borgatta, 1954) التى ترى أنهم يغفلون كيف كانوا ملتصقين بحبالهم السرية وقت أن كانوا أجنة فى بطون أمهاتهم .

كاريــن هــورنى (١٨٨٥ — ١٩٥٢)

تعد «هورنى» واحدة من النساء الأوليات (انظر Horney, 1967) اللاتى أسهمن مبكرا فى هذا المجال . وقد تأثرت بخبرتها الشخصية على نحو واضح فى تحليلها للوضع الانسانى . وعلى العكس من «فرويد» لم تؤمن «هورنى» بأن الصراع مبيت فى طبيعة الكائنات الانسانية ، وأنه بالتالى أمر لا يمكن اجتنابه أو الفكاك منه . ولكن الصراع بالنسبة لهورنى ينشأ من الأوضاع والظروف الاجتماعية ، فقد آمنت (Horney, 1937, P.29) بأن العصابى انما هو شخص عانى من مشكلات خطيرة أسهمت البيئة الثقافية فى تكوينها أثناء فترة الطفولة ، ولم يتم حل تلك المشكلات على نحو مقنع مرضى .

وقد تمكنت «هورنى» من تحديد عشر حاجات تم اكتسابها نتيجة

لمحاولة التعامل مع العلاقات الانسانية المضطربة • وقد أطلقت عليها صفة «العصابية» انطلاقا من اعتبار تلك الحاجات ــ من وجهة نظرها ــ حلولا غير عقلانية للمشكلات التى يجابهها الفرد ، كما تفضى الى خلق مشكلات أخرى • وتتضمن هذه الحاجات الحاجة العصابية الى تقييد المرء لحياته ، وتحوله الى شخص قليل المطالب ، غير واضح ، معطيا للتواضع والاحتشام قيمة وقدرا أكثر مما ينبغـــى ، وتتضمن كذلك الحاجة الى بلوغ أعلى درجات الكمال ، والتخلى عن مهاجمة الغـــير أو الاغارة عليه ، والتحول الى الامتلاء بالخوف من الوقوع فى أخطاء ، والبحث بصفة ثابتة عن أخطاء فى الذات ، بالاضافة الى الحاجة الى استغلال الآخرين •

وفى منشـــور لاحق قامت « هورنى (Horney, 1945) بتصنيف الحاجات العشر وتبويبها تحت ثلاثة عناوين رئيسة :

١ ــ التحرك بالقرب من الناس ، ويشمل حاجة المرء الى الحب والتقبل ، والتواضع أو الاحتشام القسرى، والحاجة الى شريك أو قرين يضطلع بأمور حياته وشئونها •

٢ ــ التحرك بعيدا عن الناس ، وتشمل الحاجة الى الاكبـــار والاعجاب وبلوغ أعلى درجات الكمال •

٣ ــ التحرك ضد الناس ، ويشمل الحاجة الى النفوذ والسلطة ، والهيبة والاعتبار ، والانجاز الشخصى •

وهذا التصنيف الثلاثى مشابه لما ورد مبكرا من تأكيد علم النفس الأكاديمى على ثلاثة انفعالات أساسية : الحب (التحرك قريبا) ، والخوف (التحرك بعيدا) ، والغضب (التحرك المضاد) •

اريــك فــروم Erich Fromm (١٩٠٠ ــ)

تعد كل المشاعر والتصرفات بالنسبة لفروم محاولات للعثور على

اجابة للوجود ، ومحاولات كذلك لتجنب الخبل • وقد عكس «فروم» السؤال المعتاد : لماذا يغدو بعض الناس مرضى عقليا؟ ليسأل : لماذا يتجنب معظــم الناس الوقوع فى براثن المرض العقلى؟ موحيــا بذلك الى أن الفارق الوحيد بين الصحيح عقليا والعصابى يكمن فى عثــور الفرد السليم على اجابة لوجوده تشبع معظم حاجاته •

وقد اعتقد «فروم» بأن ثمة تناقضا أساسيا فى الوضع الانسانى: ذلك بأن الانسان جزء من الطبيعة وهو منفصل عنها كذلك • كما افترض أن الوجود الانسانى والتحرر من السلوك المحدد بحكم الغريزة غــير قابلين للانفصال عن بعضهما طبقا لتعريفهما ، والانسان مجابه على نحو مستمر بالخيار بين أسلوبين مختلفين لسلوكه أو نشاطه • وهذا الاختيار ليس برهانا فقط على أنه حيوان مفكر على نحو مميز ، بل انه يبيح لفروم كذلك (Fromm, 1941, P. 51) تحديد واحد من أفكاره الرئيسة المتعلقة بالحرية ، فالحرية تفضى الى كل من الاحساس بمشاعر القوة والسيطرة والاحساس بمشاعر العزلة ، وانعدام الأمن ، والتجرد من النفوذ والسلطة ، والشعور بالتفاهة والحقارة • وهذا الاحساس الثانى يفضى بالمرء الى الشك والارتياب فى المغزى الحقيقى لحياته • وقد أكد «فروم» على مشاعر العزلة وانعدام الأمن مؤمنا بأن الشخص يشعر ويحس بهذه الطريقة نظرا لأنه قد غدا منفصلا عن طبيعته وعن الآخرين ممن حوله من الناس •

لقد عد التناقض الأساسى فى الوضع الانسانى بمثابة محــدث لخمس حاجات أساسية هى: الحاجة الى الاتصال بشىء ما أو التعلق به Relatedness ، والحاجة الى السمو والتفوق Transcendence ، والحاجة الى الرسوخ والثبات Rootedness ، والحاجة الى هوية ذاتية، والحاجة الى اطار مرجعى• وقد عرف «فروم» (Fromm, 1955, P.30) الحاجة الى الاتصال بشىء ما أو التعلق به — والتى عدها بمثابة سلامة العقل وصحته التى يعتمد عليها الانسان — بأنها الضرورة التى تحتم

اتحاد الانسان مع غيره من الكائنات الحية الأخرى ليكون على صلة واتصال بها ، موحيا بأنها تشكل أساس كل المشاعر والأفعال التى يطلق عليها «الحب» .

ومما يرتبط ارتباطا وثيقا بحاجة المرء الى الاتصال والارتباط وجوده كحيوان أو مخلوق سلبى مستسلم ، وتلك حالة لا يمكنه تقبلها نظرا لما وهب له وتميز به من عقل وخيال . « فهـو مدفوع بدافع التسامى والعلو بدور المخلوق ، أى التسامى والترفع بعرضية وجوده وسلبيته ، بتحوله الى خلاق مبدع » (Fromm, 1955, P. 36) .

ان تسامى المرء وترفعه بدوره كمخلوق يفضى الى انقطاع الروابط والجذور الطبيعية ، والذى يمكن أن يتحقق على نحو آمن فقط الى الحد الذى يمكن معه احلال « الجذور الانسانية » محل تلك الروابط والجذور الطبيعية . وقد آمن «فروم» بأن كل الناس لديهم حاجة الى التعـلق بشىء ما ، أو شخص ما ، أو مكان ما .

أما عقل الانسان وملكة خياله فانهما كذلك متصلان اتصالا وثيقا بوجود حاجة الى هوية ذاتيـة وحاجة الى اطار مرجعـى . فهاتان الحاجتان معا بالاضافة الى فقدان الانسجام الأصلى مع الطبيعة ، وحقيقة حتمية قيام الانسان باتخاذ القرارات ، ووعيه بذاته وادراكه لها ككائن مختلف عن الآخرين ــ هذه كلها معا ــ تجعل عقل الانسان وخياله يفضيان الى ايجاد حاجة للشعور بالهوية الذاتية التى هى حيوية ومهمة للانسان الى حد كبير ، بحيث لا يمكنه معه أن يظل سليم العقل والنفس اذا لم يجد لنفسه طريقا ما الى اشباعها (Fromm, P. 61) ، وقد ذكر «فروم» تلك الحاجات على أنها تعليل لاحتيـاج الفرد فى عالمه الى أن يتخذ لنفسه وجهة عقلية ونفسية وبدنية .

هارى ستاك سوليفان Harry Stack Sullivan (١٨٩٢ ــ ١٩٤٩)

عد هارى ستاك سوليفان ــ كما فعل «أدلر» ــ الكائن الانسانى

المنعزل عن مجتمعه تجريدا لا معنى له . فالشخصية بالنسبة لسوليفان كينونة افتراضية لا يمكن عزلها عن الحالات والمواقف الشخصية المتبادلة . وانه لأمر لا معنى له أن نتحدث عن الفرد بوصفه هدفا أو موضوعا للدراسة ، نظرا لأن الفرد لا يوجد — ولا يمكنه أن يوجد — بعيدا عن علاقاته بالآخرين من الناس . ان الوحدة التى يجب دراستها بالنسبة لسوليفان ليست الشخص نفسه بل هى الموقف الخاص بالعلاقات بين الأشخاص . وعلى حين يدرس «أدلر» الفرد فان «سوليفان» يركز على مواقف العلاقات بين الأفراد .

ولقد كان «سوليفان» مهتما بدراسة التواصل بين الناس ، وقد أوجد نظرية الطب النفسى الخاص بالعلاقات بين الأشخاص . فطبقا لعلاقة نظريته بالشخصية فان المعتقد الاساسى لنظريته هو أن الشخصية نمط ثابت نسبيا للمواقف المتكررة الخاصة بالعلاقات الشخصية المتبادلة والتى تميز الحياة الانسانية (Sullivan, 1953, P.111) ، وقد طور «سوليفان» مفهوم « الملاحظ المشارك » participant observer .

وفى دراسته للتواصل بين مجموعتين من الناس فقد وجد «سوليفان» أن الطبيب النفسى ليس مجرد شخص ملاحظ فقط ، بل بالاضافة الى ذلك فانه مشارك حيوى فعال فى الموقف الخاص بالعلاقات بين الأشخاص . والتحليل النفسى — بالحاحه على التحليل التدريبى — قد أقر بأن للطبيب النفسى فهمه وادراكه الخاص ، وكفاءته المهنية ، ومشكلاته الشخصية التى يتعامل بها . ولكن ملاحظات «سوليفان» ومشاهداته قد تجاوزت هذا النطاق . فبالنسبة له « فان المعرفة المنظمة فى الطب النفسى كعلم ... تنبع ... من الأفعال والتصرفات المميزة أو من العمليات التى يشارك فيها الطبيب النفسى ... وهى وقائع وأحداث فى المجالات الخاصة بالعلاقات الشخصية بين الناس والتى تتضمن الطبيب النفسى كذلك » .

نقد النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى

طرح عدد كبير من النقاد تساؤلات حول أصالة النظريات النفسية الاجتماعية ، حيث أشاروا الى أن تلك النظريات هى مجـــرد تفصيل لجانب واحد من التحليل النفسى التقليدى : وهو الأنا ووظائفه • فكل الحاجات التى سلم بها أصحاب النظريات النفسية الاجتماعية سبق وأن وضعها «فرويد» فى اعتباره عند تقديمه لمفهوم دفاعات الأنا • ومن هنا فان تلك النظريات لم تضف شيئا جديدا ، بينما قامت بحذف مقدار كبير من المعلومات واستبعادها • ولقد تجاهل أصـــحاب تلك النظريات الأساس البيولوجى للشخصية الانسانية — والذى يعد على جانب كبير من الأهمية — باسهابها المطنب فى الحديث على وجه الحصر عن المظاهر الاجتماعية لتلك الشخصية •

ومن الانتقادات التى توجه أحيانا ضد مفهوم الانسان كما قدمه «أدلر» و «هورنى» و «فروم» أنه مفهوم مثالى أكثر من اللازم • ولقد أوحى بعض الكتاب بأن هؤلاء الثلاثة معلمون أخلاقيون وليسوا بعلماء • وان مفهومهم عن الشخص لم يكن نتاجا لبحوث أو ملاحظات بقدر ما كان نتاجا لتصورات أو لأفكار معيارية كونوها سلفا ، وبالتالى فقد أخفق ذلك المفهوم فى شرح السبب فى أن الناس اذا كانوا فى غاية الوعى بذواتهم ، وفى غاية المعقولية ، وفى غاية الاجتماعية — ومع ذلك فانهم يطورون عديدا من الأنظمة الاجتماعية غير المكتملة (Franck, 1966; Hall & Lindzey, 1978) .

النظـــريات المعـــرفية

منذ عام ١٩٦٠م بدأ التأكيـــد يتزايد على استخدام الأســـاليب والمداخل العقلية المعرفية الى دراسة الشخصية ، كما ظهرت محاولات عديدة لاستخلاص أبعاد الشخصية من الفروق الفردية المتضمنة فى

العمليات المعرفية • ومع هذا التأكيد على تلك العمليات أضحى العلماء يؤكدون لا على محتوى تفكير الفرد وما يفكر فيه ، بل على أسلوب تفكيره وكيفية حدوث هذا التفكير •

بيد أن التعامل مع الأساليب المعرفية باعتبارها خصائص مميزة للفرد تميل الى الثبات عبر مختلف المواقف ، ومن خلال الافتراض بوجود ارتباط وثيق بين تلك الأساليب والجوانب الأخرى من سلوك الفرد وخبرته فانه يمكننا القول بأنها نظريات للشخصية على الأصح لا نظريات فى الادراك •

ومن الأمثلة التى توضح هذا الاتجاه المعرفى فى تناول الشخصية بالدراسة نظرية «ويتكين» فى التفريق والتمييز differentiation ونظرية «كيلى» فى المكونات الشخصية ، ونظرية «فيستنجر» فى التنافر المعرفى dissonance ، وأسلوب العلاج العقلانى الانفعالى لدى «اليس» • وسنعرض لكل منها بشىء من التفصيل فى الصفحات التالية•

ويتكين Witkin (١٩١٦ —)

تعد نظرية «ويتكين» فى الشخصية (Witkin et al., 1954; 1962) أنموذجا بالغ التناثر والتفرق فى هذا الصدد اذا ما قورنت بالأعمال التى قدمها كل من «فرويد» و «يونج» وغيرهما من المنظرين الذين سبق أن عرضنا لهم فى الصفحات السابقة • وقد نمت نظريته من خلال ما قام به من ملاحظات للفروق الفردية بين مجموعة من الأفراد الذين كلفوا بالقيام بمهمة ادراكية أطلق عليها «اختبار العصا والاطار» Rod-and- Frame Test (Asch & Witkin, 1948a) ؛ فقد أجلس كل فرد من أفراد الدراسة فى غرفة مظلمة تماما ، ثم طلب منه القيام بتعديل موقع عصا مضيئة لتصبح رأسية (عمودية) تماما عندما تحاط العصا باطار عبارة عن مربع مضىء ، وبحيث يمكن امالة

العصا والاطار والمفحوص جميعا لتصبح فى مواقع مستقلة عن بعضها بعضا .

وقد افترض «ويتكين» أن الأساس الذى يقوم عليه أداء المفحوص فى اختبار العصا والاطار يتمثل فى قدرته على التغلب على المحيط الذى يطمر العناصر الأساسية فى الاختبار ، أى فى قدرته على تجاهل جوانب غير متصلة اتصالا وثيقا بحالة الاختبـــار بحيث تضلل المفحوص عن الأداء السليم ، أو قدرته على الاقلال من التأكيد على تلك الجوانب حتى يتمكن من التركيز على الجوانب التى تمده بأساس للأداء السليم . كذلك فقد درس «ويتكين» العــلاقات بين درجات المفحوصين التى حصلوا عليها فى هذا الاختبار وفى اختبارين ادراكيين آخرين افترض فيهما قياس قدرة المفحوصين على التغلب على السياق الطامر أو المضلل عن الأداء السليم وهما : اختبار تعديل البدن The Body-- Adjustment Test الذى يتم فيه اجلاس المفحوص على كرسى فى غرفة بحيث يمكن امالة المفحوص والكرسى بصـــفة مستقلة أحدهمـــا عن الآخر (Asch & Witkin, 1948b; Witkin & Asch. 1948) ، و «اختبار الأشكال المطمورة The Embedded Figures Test الذى يشتمل على شكل بسيط مخفى فى شكل هندسى معقد (Witkin, 1965) .

وتدور نظرية «ويتكين» فى الشخصية حول « التمييز أو التفريق » كمفهوم أساسى (Lewin, 1935 , Werner, 1948 , Witkin , et ali., 1962) وهناك ارتباط واضح بين مفهوم التمييز أو التفريق والقدرة على تمييز الخط الرأسى الحقيقى أو تمييز رقم مطمور فى خلفية غامضة مشوشة . ولكن الارتباط فى هذه النظرية يشير الى تعقد التنظيــم البنائى . فالنمو النفسى مثـــلا يصحبه تمييز متزايد . وقد افترض «ويتكين» أن درجة التمييز التى ينجزها فرد ما سوف تنعكس فى طائفة منوعة من الأنماط السلوكية ، وأن مؤشرات التمييز المستخلصة من

أنماط سلوكية مختلفة سوف ترتبط بعضها ببعض ارتباطا ايجابيا • ومهما كان الأمر ، فان مدى قيام «ويتكين» بقياس أى شىء آخر غير الذكاء مازال موضع نقاش وتساؤل •

كيــــلى (١٩٠٥ ــ ١٩٦٧)

طرح «كيــــلى» (Kelly, 1955, 1958; 1963) رأيا مفــاده أن الشخص يتفاعل مع عالمه المحيط به بالطريقة ذاتها التى يتفاعل بهــا العالم ، حيث يقوم بوضع الفروض واختبارها ، وتعتمد هذه الفروض على الأسلوب الذى يتخذه الفرد فى تنظيم خبرته وتفسيرها • ونظرا لأن كل فرد يقوم بتفسير خبرته على نحو مختلف عن غيره فانه يشار الى نظرية «كيلى» باعتبارها « نظرية التكــوين الشخصى Personal-construct theory • ويعد تصور «كيلى» لمفهوم كل من القلق والتهديد والاثم من أكثر ما تتميز به نظريته من خصائص ذات دلالة مهمــة بالنسبة لعلم النفس المرضى •

وفى الصياغات التقليدية يقوم علماء الشخصية غالبا بالربط بين القلق والتهديد معا كمفهومين متتامين • فالقلق هو ما يعانيه الفــرد استجابة لوضع بيئى مهدد • انه اشارة تنذر باحتمال وقوع حدث بغيض أو مؤلم • ولكن القلق والتهديد ــ بالنسبة الى «كيلى» ــ شيئان مختلفان كل الاختلاف •

ويرى «كيلى» أن الشخص يعانى من القلق اذا لم يمده جهازه التكوينى بوسيلة يتعامل بها مع خبرة ما من الخبرات ، أو حين يعجز عن تسمية خبرة ما أو احلالها داخل ذلك الجهاز • وعلى العكس من ذلك فان الشخص يعانى من تهديد ما حين يشعر بأن تغيرا أساسيا على وشك الحدوث فى جهازه التكوينى • فاذا كان التغير بالغ العمق والقوة، واذا ما جوبهت تكوينات أساسية عديدة متكاثرة بالتحدى فان ذلك

قد يفضى بالشخص الى الانتحار • وطبقا لوجهة النظـر هذه فان التهديد حالة داخلية كالقلق ولا يمكن لمن يعانى منه أن يلقى باللوم على أحد آخر ، فسيطرة المرء على حياته ومصيره يعد أمرا شخصيا •

وقد تصور «كيلى» مفهوم الاثم أو الذنب بطريقة مشابهة لتصور علماء النفس الذاتيين (انظر أدناه) • فقد افترض أن الشخص يقوم بتفسير سلوكه الخاص وسلوك الآخرين كذلك من حيث تعلقه بجهاز تكوينه الشخصى ، فبمجرد تحديد الفرد لموقع سلوكه داخل هذا الجهاز فانه يستطيع تحديد ذاته ، وهويته الشخصية ، بأنه أمين مستقيم ، يؤدى عمله بحماسة واصرار ، موجز مختصر ••• الخ • ولكن سلوك المرء قد لا يتسق فى بعض الأحيان مع الجهاز التكوينى • وطبقا لكيلى فان من يعانون من شعور بالاثم يدركون ما بين سلوكهم وجهازهم التكوينى من فجوة وتناقض ، وهو ما أشار اليه «كيلى» على أنه خبرة موهنة مضعفة للذات •

ويتمثل التطبيق العملى الرئيس لنظرية «كيلى» من خلال تطويره لاختبار دور الذخيرة التكوينية the Role Construct Repertory Test (Keely, 1955) ، ولكن هذا الاختبار قد استخدم مع طلاب الكليات الجامعية أكثر من استخدامه مع المصابين على نحو جلى بمرض عقلى، كما أن الاهتمام بتلك النظرية قد انقرض فيما يبدو (Corsini, 1978) .

فيستنجر Festinger (١٩١٩ —)

يعتقد «فيستنجر» بأن عدم الائتلاف والانسـجام بين جوانب المجال المعرفى للمـرء — والذى سـماه بالتنافر المعـرفى Cognitive dissonance — يفضى الى حالة من التوتر ، وأن المرء يكون مدفوعا عندئذ الى تخفيف هذا التوتر بازالة التنافر والتخلص منه • وعلى الرغم من تشابهه مع «كيلى» فانه لم يقم بالتأكيد على العقلانية كما

فعل «كيلى» فهو أكثر شبها بفرويد من حيث اعتباره الفرد ميالا الى تشويه الواقع فى محاولته تجنب التنافر .

ألبــرت أليس Albert Ellis (١٩١٣ —)

قــام « ألبــرت أليس » (Ellis, 1958; 1962, 1967, 1977, Ellis & Grieger, 1977) بتقديم طريقة علاجية اعتمدت على مقدمة منطقية تقضى بأن الناس يتحكمون فى أقدارهم بما يحملونه من قيــم ومعتقدات وبالتصرف بموجبهــا (Ellis, 1977, P.3) . وقد افترض «أليس» أن الناس يغدون مضطربين لأنهم حيوانات مفكرة يتصرفون على نحو غير مميز طبقا لأفكار زائفة . وقد أطلق على طريقته العلاجية اسم « العلاج الانفعالى العقلانى Rational-emotive-therapy » وهو اسم يؤكد أهمية التفكير العقلانى لدى «أليس» .

وطبقا لما قرره «أليس» فان الناس لا يستجيبون بشكل مباشر للأحداث والمواقف التى يواجهونهــا ، بل يقــومون أولا بتفسيرها وتقييمها . وفى حالة السلوك المرضى فان هذا التفسير وذلك التقييــم يتضمنان قيام الفرد بوضع تقريرين عن نفسه ، أولهما يتعلق بسلامته وصحته العقلية وما لذلك من تأثير يجعله غير راض عن دوره فى تلك الوقائع والأحداث . وثانيهمايتعلق بخبله وجنونه بحيث يؤدى الى استنتاج غير صحيح ، وبحيث يعجل بظهور الاستجابة الانفعالية .

وتعكس كل تقارير عدم سلامة العقل واختلال صحة معتقدات المرء ونظم قيمه وفلسفاته فى الحياة ، والتى تتسم جميعها باللامعقولية . وقد قام «أليس» ابتداء بتعداد تلك المعتقدات اللامعقولة تحت عشر عناوين رئيسة أو ما يربو على ذلك ، ولكنه قام فى وقت لاحق (Ellis, 1977, PP. 12 14) بتعدادها باعتبارها ثلاث أيدلوجيات :

أولا : يتحتم على المرء أن يكون كفؤا مقتدرا كل الاقتدار ، وأن يحوز الاستحسان فى كل شىء •

ثانيا : يتحتم على الآخرين أن يكونوا رحماء عطـوفين مراعين لمشاعر الغير ، والا عوقبوا عقابا صارما بسبب انتهاكاتهم وما اقترفوه من اثم •

ثالثا : يجب أن تكون الأوضاع التى يعيش فى ظلها الفرد ملائمة بحيث يسير كل شىء فيها سيرا حسنا ، ولا شىء فيها يسير سيرا خاطئا•

هذا ويقصد «أليس» باللامعقولية « أى تفكير أو انفعال أو سلوك يفضى الى عواقب مقيتة كهزيمة الذات واحباطها أو تدميرها أو غير ذلك مما يعترض على نحو خطير سعادة الكائن أو بقاءه على قيد الحياة » •

نقد النظريات المعرفية للشخصية

تعرض أصحاب نظريات الشخصية ذات التوجه المعرفى للنقد ذاته الذى تعرض له أصحاب النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى . وبالقدر نفسه الذى حصر فيه الأولون اهتمامهم بوظائف الأنا • ومهما يكن من أمر فان تأكيدهم على المعقولية والارادة الحرة قد فاق تأكيد المنظرين للنظريات النفسية الاجتماعية عليهما ، وقد احتلوا فى هذا الجانب موقعا وسطا بين المنظرين من ذوى التوجه الاجتماعى والمنظرين الذاتيين أو أصحاب نظرية الذات •

نظـريات الذاتيــة والذات

هناك عدد من النظريات النفسية التى يشار اليها على نحو واسع بالنظريات الظواهرية Phenomenological • ولكن مثل هذا المصطلح قد يكون مضللا • فقد عرف «هوسيرل» (Husserl, 1969) علم الظواهر

بأنه « الوصف المفصل للظواهر كما تبدو فى الوعى أو الشعور » • ويتركز اهتمام هذه النظريات بشكل رئيس فى وصف مثل هذه الظواهر (Kockelmans, 1971) • وتقوم هذه النظريات النفسية — التى تم وصفها باعتبارها «ظواهرية» — على مسلمة أساسية تتمثل فى مفهوم الحتمية التامة للسلوك بوساطة تلك الظواهر ، والذى تشير اليه تلك النظريات بوصفه « المجال الادراكى » : فالسلوك وظيفة لا تدل على الحدث الخارجى بل تدل على ادراك الفرد لذلك الحدث (Combs & Snygg, 1959) • وتهتم هذه النظريات بتأثيرات المجال الادراكى على السلوك أكثر من اهتمامها بوصفه ، ومن ثم فان تسمية تلك النظـريات «بالذاتية» ربما كان أكثر دقة من تسميتها «بالظواهرية» (Ashworth; 1976) .

وعلى الرغم من أن بعض الذاتيين — كروجرز مثلا (Rogers, 1959) — قد توسع فى مفهوم الادراك ليشمل الادراك اللاشعورى للأشياء بطريقة مشابهة للادراك ناقص الوعى subliminal (انظر الفصل الرابع) فان نظرة الذاتيين الى الشخصية عموما هى أن الواقع انما يكون واقعا طبقا لادراكه • فما هو واقعى أو حقيقة بالنسبة لفرد ما هو ما يتم ادراكه فى اطار الخبرة الذاتية لذلك الفرد ، وبحيث يشـمل كل شىء يدركه الفرد ويعيه فى لحظة معينة من الزمن • ويتجلى هذا الموقف بوضوح فى التعبيرات الشائعة مثل : « القرد فى عين أمه غزال »: Beauty is in the eye of the beholder أو مثل : « طعام زيد قد يكون سما لعمرو » One man's meat is another man's poison •

ويؤكد الذاتيون على أهمية المعرفة الذاتية فى تقرير التصرفات والأفعال ، كما يؤكدون على أهمية احراز شىء من التفهم لوجهة النظر الذاتية التى يراها شخص آخر عندما نحاول فهم سلوكه والتنبؤ به •

وفى معـرض تفسيرهم للسلوك المرضى الشـاذ ذكر المنظرون

الذاتيون الادراكات المرضية الشـــاذة ، وعند قيامهــم بتفسير تلك الادراكات أعطوا دورا رئيسا للادراك الشـــعورى للذات كموضوع self-as-object أو ما اصطلح على تسميته بمفهوم الذات self concept والذى يعد محددا للكيفية التى يرى بهـــا الشخص الأشياء ويفسرها ويتصرف بموجبها • وتعد هذه الفكرة الأخيرة بالاضافة الى الوظائف العليا للعقلانية والارادة الحرة نقاطهم الرئيسة التى أكدوا عليها بشكل واضح •

مفهـــوم الذات Concept of self

اذا نظرنا الى مصطلح «الذات» بلغة الحياة اليوميـــة (العامية) فسنجده مرادفا لكلمة «الشخص» و «الفرد» و «الكائن» • أما فى الكتابات النفسية فانه يحمل معنى أكثر تحديدا ، حيث يشير الى تكوين عقلى داخل الفرد •

ولقد استخدم هذا المصطلح قديما ليشير الى تفسير البدء بالسلوك (Calkins, 1909, 1915, 1916, 1919, 1927) والذى كان شـــبيها بمفهـــوم الروح soul لدى أفلاطون (Viney, 1969) • ولقد كان مفهوما نزوعيا : الذات كموضوع (أى كفاعل أو مبتدأ فى اللغة الانجليزية) مثل «أنا» فى العربية (الضمير المستتر فى الفعل أرى من جملة «أرانى») ، واذا ترجم الى اللغة اللاتينية فانه يعنى الأنا the ego فى علم النفس الفرويدى • وهو مفهوم ضمنا من نظريات نفسية كثيرة ، ولكن النظريات التى أعقبت «واطسون» — مع احتمال استثناء «ماسلو» — أى التى نمت وتطورت فى عصر علم النفس السلوكى قد ركزت اهتمامها على الذات كمفعول به object كياء المتكلم فى جملة أرانى أى على الذات الواقعية العملية أو الموضوعية •

ويدين مفهوم الذات كموضوع self-as-object بالكثـــير لويليام

جيمس (James, 1890) • ويشير هذا المفهوم الى معرفة الفرد لذاته وتقييمه لها •.وقد استأثر تعريف « سنيج ، كومبس » & Snygg) Combs 1949, P.58) للذات الظاهرية بهذا المفهوم باعتباره شاملا « لكل تلك الأجزاء المكونة للمجال الظواهرى الذى يخبره الفرد كجزء من ذاته أو خصيصة مميزة لها » ، كما يوجد صراحة فى معظم النظريات الذاتية التى تستخدم تعبيرات مثل المدركات الذاتيـة ، والتقييمات الذاتية ، والنقد الذاتى وشعور المرء بارتياح نحو ذاته ، اذ تشير كل هذه التعابير الى مفهوم الذات كموضوع •

العقلانيـــة Rationality

يؤكد المنظـرون الذاتيون ــ شأنهم فى ذلك شـأن المنظـرين المعرفيين ــ على الوظائف الانسانية «العليـا» وبخاصـة العمليات المعرفية • وفى هذا المقام يتخذ الذاتيون موقفا مغايرا لمن سبقهم من المنظـرين ممـن أكدوا على الوظائف الدنيـا كالدوافع والحـاجات والانعكاسات ، والتى تعد عمليات وجدانيـة أساسا • وقد اعترف المنظرون الذاتيون بالوظائف الدنيا ، ولكنهم يفترضون ضآلة قيمتها فى تفسير السلوك الانسانى • فالسلوك الانسانى ــ فى صورته النمطية ــ سلوك اجتماعى • والفرد يظل نشيطا بعد أن يتم خفض دوافعـه البيولوجية ، وبعد اشباع حاجاته • ومن هنا فانه يتحتم تفسير السلوك الانسانى بمصطلحات أخرى • وبناء عليه فان المنظرين الذاتيين ــ أكثر من أى فريق آخر ــ يفترضون عقلانية الفرد ، وأن تصرفاته ستكون استجابة منطقية للعالم المحيط به طبقا لادراكه له • وانطلاقا من هذه النقطة وحدها يمكن لـ«توماس ساس» أن يكتسب قوته بوصفه واحدا من العلماء المشتغلين بالذاتية •

الارادة الحـرة Free will

مع تأكيد المشتغلين بالذاتية على عالم الظـواهر وعلى التفكير

العقلانى يأتى التأكيد بصورة ضمنية على الارادة الحــرة. وفرصة الاختيار المتاحة للفرد، وتعد عبارة «ويجروكى» (Wegrocki, 1939) القائلة «ان الاستجابة الهذائية Paranoid الحقيقية تمثل اختيار الشخص الشاذ أو اللاسوى » مثالا جيدا لهذا الافتراض • ولكــن افتراض الارادة الحرة أكثر أهمية فى توجيه التدخل العلاجى (انظر الفصل الثانى عشر) عن شرح حدوث السلوك المرضى الشاذ • وفى الحقيقة فان معظم المشتغلين بالذاتية أفضل كمعالجين منهم كمنظرين•

ماســلو Maslow (١٩٠٨ ـ ١٩٧٠)

وجه «ماسلو» انتقاده الى علم النفس لاسهابه فى التعامل مع ضعف الانسان بدلا من اهتمامه بجوانب قوته • فدراسة الصراع والقلق والخوف والذنب والعداوة لم تتم بقدر متوازن مع دراسة الضحك والدعابة والمرح والحب ، أضف الى ذلك ما هنالك من تأكيد على تجنب الألم بدلا من طلب اللذة والسرور والبحث عنهما • ومن هنا فقد حاول «ماسلو» تصحيح هذا التوازن ، فقام بوضع نظريته على أساس من دراساته التى أجراها على أشخاص أسوياء مبدعين •

وقد وضع «ماسلو» (Maslow, 1967) افتراضا أساسيا يقضى بأن للجنس البشرى حاجة أو دافع فطرى الى تحقيق امكاناته ، فلديه ارادة حرة من أجل تحقيق سلامته وصحته ، ولديه دافع من أجل تحقيق نمائه ، أو تحقيق امكاناته الانسانية • ويتكون النمو السوى والصحى من التعبير عن هذه الحاجة ، أى من عملية تحقيق امكاناته ، فى حين ينظر الى اللاسوية أو الشذوذ باعتبارها نتاجا لاحباط تلك الحاجة • ونظرا لأن الدافع الى ذلك التحقيق ليس قويا بدرجة قوة الغــرائز الحيوانية ذاتها فانه من السهل تأثرها بالعــادة والضغوط الثقــافية والاتجاهات المعاكسة غير الملائمة • وعلى كل حال فان ازالته والتخلص منه لا تتم مطلقا •

ومن الانتقادات الرئيسة التى وجهت الى نظرية «ماسلو» أنه قد استمد بياناتها من عينة صغيرة جدا ، مع افراط فى تعميم نتائجه . فقد أجرى دراسته على أربعة وعشرين مفحوصا فقط ، وقد حن عم جميعا وفقا لمعاييره الخاصة غير المحددة والمتعلقة بتحقيق الفرد لذاته . كما قام باعطاء اختبارات واجراء مقابلات شخصية لعدد أقل من نصف العينة الكلية (Schultz; 1976) .

روجرز Rogers (١٩٠٢ —)

يعرف « كارل روجرز » ابتداء بأسلوبه فى العلاج النفسى المسمى بالعلاج غير الموجه أو المباشر nondirective أو العلاج النفسى المركز حول العميل (انظر الفصل الثانى عشر) والذى تمتع بشعبية كبيرة خلال أواخر الخمسينيات وعقد الستينيات . وقد ارتبط أسلوبه العلاجى تاريخيا بعلم النفس أكثر من ارتباطه بالطب ، كما يعد سهل التعلم نظرا لأنه لا يستلزم الا قدرا ضئيلا — بل يكاد يكون منعدما — من المعرفة بديناميات الشخصية وتشخيصها . وفضلا عن ذلك فان فترة العلاج قصيرة نسبيا اذا قورنت مثلا بالتحليل النفسى ، كما يقال ان بعض العملاء (المرضى) يستفيدون منه بعد قضاء عدد قليل من الجلسات العلاجية (Hall & Lindzey, 1978) . ويرجع جزء كبير من السبب فى ذلك الى أن «روجرز» — من وجهة نظر فلسفية — قد دمج نفسه بماسلو من حيث اعتقاده بأن للفرد امكانات فطرية تمكنه من النماء على نحو سليم ومبدع .

وقد افترض «روجرز» (Rogers, 1951, 1959, 1961) أن كل فرد لديه حاجة الى تقدير ذاته على نحو ايجابى ، وانطلاقا من اتساقه مع توجهه الذاتى فقد عرف المرض العقلى بأنه اخفاق المرء فى تقدير ذاته بصورة ايجابية ، أو بأنه تفاوت مفرط بين مفهوم الذات والمفهوم المثالى . ونظرا لنمو مفهوم الذات من خلال د ث المرء لتقييم الآخرين

له فان مرض المرء عقليا واخفاقه فى تحقيق امكاناته يرجعان بصفة جوهرية الى اخفاقه فى الحصول على احترام ايجابى من الآخرين (Krause, 1964) .

نقد نظريات الذاتية والذات

لا يمكن لأحد أن يبرهن على عدم وجود الخبرة الذاتية . وترتبط النقاط الرئيسة فى الاختلاف مع وجهة نظر الذاتيين بقابلية الخبرة الذاتية وطواعيتها للدراسة العلمية (Smith, 1950, Millon, 1967) ، وما اذا كانت تلك الخبرة محددة للسلوك ومقررة له أو أن السلوك هو الذى يحددها ويقررها (قارن ذلك بنظرية « جيمس لانج » فى الفصل الخامس) . وترتبط وجوه الانتقاد الأخرى بالتركيب أو البناء غير المحكم أو الدقيق للنظريات الذاتية ، وبالتالية التى تشاركها فيها النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى (Millon, 1973) .

خلاصة واستنتاجات

النظريات النفسية لسببية الأمراض النفسية هى تلك النظريات التى تعد « السبب الجوهرى » للسلوك المرضى الشاذ كامنا فى عقل الفرد . وتتراوح مفاهيمها النوعية بين اللاشعور والشعور ، بين الغرائز الحيوانية والقيم الاجتماعية ، وبين أنماط من التذكر واتخاذ القرارات . وهى كلها مفاهيم متقاربة الى حد ما : فسواء أطلق عليها اسم الأنا أم الذات فانها جميعا تسلم باتخاذ القرار ، أى تسلم بعملية تنفيذية أو بتكوين (بناء) داخل العقل .

كما أن هناك ارتباطا بين نظرية سببية الأمراض ونوع الشذوذ الذى تنصب عليه الدراسة . فقد قام كثير من العلماء المشتغلين بالبيولوجيا الطبيعية بتقديم أفكارهم بينما كانوا على اتصال بأفراد مقيمين فى مؤسسات ايوائية ، ومن هنا فان النظريات الناتجة عن هذه

الأفكار تنطبق بصفة أساسية على حالات بالغة الشدة من المرض العقلي كالذهان ، والفصام ، وذهان الهوس والاكتئاب ، والتخلف العقلي والأعراض المخية العضوية . من ناحية أخرى فقد عمل « فرويد » والغالبية العظمى من أصحاب النظريات النفسية فى عيادات خاصة أو فى مراكز للارشاد النفسي وذلك بصفة أساسية . وتعد نظرياتهم بالضرورة نظريات خاصة بالشخصية، وقد اهتموا بتفسير السلوك وبخاصة السلوك السوى أكثر من الأمراض . وبقدر ما تعامل هؤلاء العلماء مع قضية الشذوذ أو اللاسوية فانهم قد اهتموا على نحـــو أساسى بمشكلات الحياة ، وبالقلق ، وأنواع العصاب المختلفة . ولكن «ماسلو» قد وصل الى وضع متطرف بدراسته لما قد يعد بمثابة أفراد متفوقين أو ممتازين الى حد بعيد ، وقام بتقديم نظرية اهتمت بتحقيق الكمـــال أكثر من اهتمامها بالتخلص من وجوه النقص والعيب .

القسم الرابع

العـــلاج

مقـــــــدمة

ذكرنا فى مقدمة القسم الأول أن الدليل على حلاوة طعم الحلوى يكمن فى تذوقها ، وأيضا يكون الدليل على الأمراض النفسية هو العلاج الناجح للسلوك الشاذ Abnormal behavior ويبحث هذا القسم الأخير فى هذا الدليل أو البرهان •

ان طبيعة السلوك الانسانى متعددة الجوانب ، والفشل فى الوصول الى اتفاق سواء أكان ذلك على تعريف كل من السواء Normality/ الشذوذ Abnormality أم الصحة النفسية/المرض ، أو أسبابها أدت الى كثرة العلاجات وتعدد المحكات التى تهدد مدى نجاحها • وكما فى الأقسام الأولى كانت هناك محاولة لتبسيط الوصف ، وذلك بتنظيم المادة تحت ثلاثة عناوين رئيسة : بيولوجية ، سيكولوجية ،سسيولوجية•

ومن الممكن — من وجهة نظر تاريخية — أن نرى أن الجوانب الثلاثة السابقةللسلوك قد تم تحديدها والتعرف اليها، على الرغم من عدم توجيه اهتمام متساو لكل منها • وفى الحقيقة فانه من الممكن تحديد عدد من الأنواع الدائرية ، كما يتأرجح البندول بين العلم والدين ، بين البيولوجيا وعلم الاجتماع ، وبين الموضوعى والذاتى •

ولقد عزت النظـريات السائدة من خمسمائة عام قبل الميـلاد ، السلوك الشاذ الى سبب دينى ، وكانت أكثر أشكال العلاج البارزة فى هذه الفترة هى الشـكل البدائى لجـراحة المخ : نشـر الجمجمة Trephination ، وهى عبارة عن حفر ثقب فى الجمجمة • ومن الجائز أن تكون مثل هذه العملية ذات فائدة فى تخفيف الضغط على المخ ،

الا أنه نظرا للمعرفة المحدودة بتشريح الجسم الانسانى وفيزيولوجيته، ونظرا لسيادة المعتقدات الدينية فى هذه الفترة ، فان هذه العملية كانت تتم على أساس الاعتقاد بأن الأرواح الشريرة ستهرب من هذا الثقب (Coleman, 1964) .

وهناك أدلة على استخدام أساليب العلاج السيكولوجية الانسانية فى هذه الفترة المبكرة ، على سبيل المثال : فى أثناء القرن الثامن قبل الميلاد ، أسست فى مصر الفرعونية بيوت الايواء والضيافة ، حيث يقيم النزلاء ، وكانت تدار بوساطة الرهبان ، وفى هذه البيوت ، سبق رجال الدين الأطباء فى مصر القديمة ، التحليل النفسى الذى ظهر فى أوائل القرن العشرين ، اذ قاموا بتفسير الأحلام ، وتقديم الحلول لكل من المشكلات الدنيوية والسماوية . ولكن كان هذا هو الاستثناء ، بينما كانت القاعدة هى الانشغال بالأرواح الشريرة ، وكانت الأشكال السائدة فى العلاج عبارة عن أساليب قاسية خشنة ، تتم عن طريق التعاويذ والعقاب .

وبدت الأساليب الانسانية فى العلاج واضحة فيما بين القرن الخامس قبل الميلاد حتى مائتى عام بعد الميلاد ، وأثناء القرن الخامس قبل الميلاد رأى «أبقراط» Hippocrates (٤٦٠ — ٣٧٧ قبل الميلاد) أن التدريب والهدوء الجسمى والسكون يجب أن يستخدم فى علاج المرضى العقليين . وأثناء القرن الأول قبل الميلاد ، قدم «أسكليبيادس» Asclepiades (١٢٤ — ٤٠ قبل الميلاد) أساليب مختلفة تساعد على استرخاء المرضى ، وكان ضد كل من الفصد(*) والقيود الحديدية .

وفى أثناء القرن الثانى بعد الميلاد قدم «سورانوس» Soranus (حوالى ١٢٠ بعد الميلاد) نفسه رائدا للعلاج النفسى المعاصر باقتراحه أن المريض يجب أن يشارك فى المناقشة مع الفلاسفة الذين سيساعدوه على الشفاء من مخاوفه وآلامه الشخصية (Zilboorg & Henry, 1941) .

(*) الفصد Blood-letting هو اراقة الدم لأسباب علاجية ، ويتم عادة عن طريق عمل قطع فى الوريد (المراجع) .

وفى الفترة من ٣٠٠ الى ٤٠٠ بعد الميلاد تقريبا ، بدأ العلاج الدينى الفظ للمرضى العقليين يسود مرة أخرى ، ووصل ذروته بنشر كتاب : « مطرقة الساحرات » the witches' hammer بين عامى ١٤٨٧ ــ ١٤٨٩ ، وهو كتاب من تأليف راهبين ألمانيين من «الدومينيكان» هما : « جوهان سبرنجر » Johann Sprenger ، «هنرش كرامر» Heinrich kramer • تلا ذلك صدور كتاب « البابا الثامن البرىء » Pope innocent VIII ، وكان يعد كتابا فى علم نفس الشواذ ، وأيضا كتابا مختصرا فى علاج الاضطرابات النفسية ، وملخصا للقيم اللاهوتية فى القرن الخامس عشر ومعالجة لموضوع السحر ، وهو كذلك من أكثر الكتب الشريرة التى كتبت (Ullmann & Krasner, 1969, P. 116) •
وفى هذا الكتاب المشار اليه نجد محاولة لاثبات أمور ثلاثة : تأكيد وجود الساحرات ، وصف طرق تحديد هويتهن عن طريق قائمة بالأعراض الاكلينيكية لهن ، وتعيين الاجراءات الخاصة بفحص الساحرات والحكم عليهن وعقابهن • وأصبح الكتاب دليلا وهاديا للتعامل مع أنواع كثيرة متنوعة من السلوك الشاذ ، مع تقديم أسلوب اجراء المقابلة الشخصية الموصى به ، والذى يعتمد على التعذيب • وكانت طرق العلاج المختارة هى الموت خنقا أو بقطع الرأس أو الاعدام حرقا والمريض مشدود الى خازوق •

ويمكن النظر الى ميلاد الطب النفسى الحديث بوصفه رد فعل للممارسات التى سوغها كتاب « مطرقة الساحرات » ، ولكن ذلك قد استغرق وقتا طويلا • وقد أعدمت آخر ساحرة فى أمريكا عام ١٦٩٢ ، وفى انجلترا عام ١٧٢٢ ، وفى ألمانيا عام ١٧٧٥ ، وفى سويسرا عام ١٧٨٢ • وأثناء القرن السادس عشر فتر التأثير الدينى ، وبدأت الأديرة والسجون تتخلى عن العناية بالمرضى العقليين ، وأودعوا فى مصحات خاصة • وبرغم ذلك ظل العلاج فظا غليظا فى أساسه •

وكان « جوهان وير » Johann Weyer (١٥١٥ — ١٥٨٨) من أوائل المؤيدين لهذا التغيير فى الاتجاه ، الا أن هذا التغير تطلب تزايدا سريعا فى المعرفة بكل من : التشريح وعلم وظائف الأعضاء وعلـم الأعصاب والكيمياء والطب العـام • وقد تحقق ذلك ببزوغ العـلم التجريبى الحديث فى القرن الثامن عشر ، فأضفى المناخ الاجتماعى الملائم • وفى هذه الفترة أيضا مهد كل من : «فيليب بينيل» Philippe Pinel (١٧٤٥ — ١٨٢٦) ، « بنيامين روش » Benjamin Rush (١٧٤٥ — ١٨١٣) ، «دوروثيا ديكس» Dorothea Dix (١٨٠٢ — ١٨٨٧) الى ما أشار اليه «هوبز» (Hobbs, 1964) على أنه الثورة الأولى للصحة النفسية ، والتى كانت فى الحقيقة الثورة الأولى فى العصر الحديث • وقد اضطلع العلم بهذه المهمة — كما هو معروف اليوم — وتأيد المفهوم البيولوجى بقوة •

وارتبطت الثورة الثانية — من البيولوجيا الى السيكولوجيا — بأعمال « سيجموند فرويد » Sigmund Freud (١٨٥٦ — ١٩٣٩) خلال القسم الأول من القرن العشرين • ولكن على الرغم من استخدام «فرويد» للمفاهيم السيكولوجية ، كان نموذجه بيولوجيا فى المقام الأول، وتميزت فلسفته بالعلمية • وفى التحليل النفسى التقليدى يبحث المعالج النفسى عن الحقيقة ، شارحا اياها للمريض حين اكتشافها • وبناء على ذلك أمكـن للمنحى البيولوجى أن يوجد جنبـا الى جنب مع المنحى السيكولوجى • وفى الحقيقة ، ففى هذه المرحلة من السيادة السيكولوجية خطا المنحى البيولوجى عام ١٩٣٠ خطوة كبيرة وأساسية للأمام ، متآنيا — الى حد ما — مع التطور فى العلاج بغيبوبة الانسولين ، والعـلاج الكهربى التشنجى ، والجراحة النفسية •

ووصل تبجيل المجتمع للعلم ذروته بعد القاء القنبلة الذرية على هيروشيما وناجازاكى عام ١٩٤٥ ، حيث شهدت فترة ما بعد الحرب

تطورا فى شكلين متناقضين من أشكال العــلاج : التحليــل النفسى والنموذج البيولوجى • وخــلال الستينيات كان الشــباب يفعلون ما يشاءون ويجربون بأنفسهم العقاقير المنبهة والعقائد الشرقية ، كما كانت المجتمعات الغربية تتحرك بسرعة نحو الاشتراك فى الديمقراطيات، وفى ظل هذا المناخ ساد فى الطب النفسى العلاج غير الموجه والمتمركز حول العميل ، وهى العلاجات القائمة ـ أساسا ـ على الفهم أكثر من المعرفة ، كما سادت مختلف أنواع العلاج الجماعى والبيئى • وبهذا حدثت الثورة الثالثة فى الصحة النفسية •

وتمارس حاليا كل من العلاجات الجسمية الحيوية ، والسيكولوجية، والاجتماعية الثقافية ، وسوف نقدم فى الفصول التالية وصفا نقــديا للأساليب الرئيسة لهذه العلاجات • ومع ذلك ، فان الموضوع الحاسم هو مدى نجاح هذه الأساليب فى علاج السلوك الشاذ ، وهذا الموضوع لا يمكن حسمه أو تقريره بشكل مطلق • والى أن يتم الاتفاق على تعريف ثابت للصحة النفسية والمرض النفسى ، فانه يمكن الحكم على نجاح أى أسلوب علاجى بالنظر الى الأهداف النوعية للعلاج ، والتى تتغير تبعا لمفهوم المعالج عن الصحة والمرض •

بالاضافة الى ذلك ، فانه نظرا لطبيعة السلوك الانسانى متعدد الجوانب ، فان الاتفاق على تعريف الصحة والمرض يعد غير كاف لاغفال القرار النهائى المتعلق بكفاءة العلاجات السيكياترية ، والتى تعد مجرد حكم ذى قيمة شخصية أكثر من أى شىء آخر ، ذلك كما أشار «وولبى» : (Wolpe, 1964, P. 5)

« مهما كانت المشكلة فى هذا الشأن ، فان المكانة الاكلينيكية لأى طريقة أو أى مبدأ تقوم عليه أساليب معينة يجب أن تتحدد أو تقيم بعدة محكات • يرتبط المحك الأول مباشرة بمدى احســاس المريض بأنه على ما يرام ، هل خففت

المعاناة؟ فاذا كان الأمر كذلك ، فما مدى السرعة فى تخفيف
هذه المعاناة؟ وما مدى كمالها واستمرارها؟ وما مدى خلوها
من الأضرار الجانبية المترتبة؟ وهناك محكات ثانوية مثل :
مقدار الوقت والمجهود المتطلب من المعالج ، وتكلفة العــلاج
بالنسبة للمريض » •

واذا كانت الجراحة النفسية تزيل بكفاءة الضيق الذاتى عن المريض ولكنها تعرضه لنوبات صرعية ، فان العلاج يكون ناجحا من وجهة نظر «برشهارد» Burchhard الذى يعتقد أنه من الأفضل أن يكون هناك علاج «مشكوك» فيه بدلا من عدم وجود علاج على الاطلاق • على حين يكون مثل هذا العلاج غير ناجح من وجهة نظر «أبقراط» الذى اعتقد أن الطبيب يجب ألا يسبب الأذى للمريض بأى حال من الأحوال•

الفصل الحادى عشر

أساليب العلاج البيولوجية

تمثل أساليب العلاج البيولوجية محاولات لتغيير الخبرة السيكولوجية الذاتية ، أو بمعنى آخر تغيير السلوك الشخصى الاجتماعى من خلال التدخل فى التركيب البيولوجى للفرد، بطرق جسمية أو كيميائية . وتقوم هذه الأساليب على النموذج الطبى للمرض ، وتعتمد معالجة الاضطرابات النفسية والعقلية بازالة مسبباتها الفيزيولوجية.

الا أن الخبرة السيكولوجية الذاتية والسلوك الشخصى الاجتماعى المزمع تغييرهما ، قد تكون رد فعل لمواقف بيئية شاذة أو ضاغطة أكثر من كونها أعراضا لاضطراب بيولوجى . وهنا يبرز سؤال : هل توقف أساليب العلاج البيولوجية المتعددة تطور الاضطراب ، أو أنها مجرد قمع لمظاهره (Szasz, 1957) .

وفضلا عن ذلك ، فمادامت الخبرة أو السلوك الشاذ يعزى الى عمليات بيولوجية شاذة ، فقد يثور الجدل بأن الاضطراب يكون قطعا جسمانيا ولا يتعلق بالطب النفسى (Szasz, 1960; Miller, 1968) . ومن ناحية أخرى ، فبالقدر الذى يحدث به التغير السلوكى عن طريق التدخل فى العمليات البيولوجية السوية ، هنا يثار سؤال أخلاقى (Gaylin, 1973; Gaylin et al., 1975) .

وعلى خلاف التخصصات الطبية الأخرى ، فان الطب النفسى به عدد قليل جدا من الحقائق المقبولة بوجه عام فيما يتعلق بتطور

الأمراض أو طرق علاجها (Lewis, 1968)، وبناء على ذلك تطورت كثير من أساليب العلاج البيولوجية للعلاج السيكياترى امبيريقيا (على أساس عملى) — غالبا بشكل اتفاقى — وبالنظرية السببية المتضمنة فاعليتهما والتى تطورت فيما بعد •

والاعتماد على التجريبية الواقعية (العملية) شىء معتاد فى تاريخ الطب ، فعلى سبيل المثال : استخدم الكينين Quinine بفاعلية لعلاج الملاريا لفترة طويلة قبل أن يعرف كيف يكون فعالا ، ولكن الطب الجسمى لديه معلومات متراكمة وكافية لتذهب الى أبعد من التجريبية فى مجالات عدة ، على حين مايزال الطب النفسى معتمدا عن التجريبية بشدة •

العـــلاجات البيولوجيـــة المبكـــرة

اتضحت القيمة العلاجية للاسترخاء والراحة والتقييد منذ زمن طويل ، وكان لها شأن كبير ، ويمكن أن نتبينها فى معظم أشكال العلاج السيكياترى ان لم يكن جميعها • وقد كانت هذه العلاجات ملمحا بارزا فى بعض العلاجات البيولوجية الشائعة الاستخدام فى أوائل القـــرن العشرين ونعدد ثلاثة أنواع منها على وجه التحديد : العـــلاج بالماء hydrotherapy ، العلاج بالنوم لفترة طويلة prolonged sleep therapy العلاج بغيبوبة الانسولين •

العـــلاج بالماء

وهو من أقدم الوسائل فى التعامل مع العلل الجسمية والنفسية والروحية ، ويتم عن طريق غمر الجسم فى الماء ، وفى بعض الحالات مثل : الحمامات الرومانية ، وينابيع المياه الساخنة بكندا ، والميـــاه المعدنية اليابانية ، وكذلك العلاج الذى وصفه فرانس فان ديرلوت Frans van der Lott (Kellaway, 1946) ، والذى يتضمن تيارا كهربيا حيا يصدر عن سمك الانكليس • وتكمن القيمة العلاجية فى

محتويات الماء ، ولكن الماء فى حد ذاته عن طريق التأثير فى درجة حرارة الجسم يمكن أن يكون له أثر مسكن ومهدىء ، وهذا الأثر هو ما تم استثماره فى العلاج بالماء .

والعلاج بالماء هو علاج عرضى symptomatic يوجه الى السلوك الصريح الظاهر ، وليس الى أى عملية مركزية أو كامنة وراء المرض . وبناء على ذلك فقد تطورت ثلاث طرق أساسية هى : الدش الابرى needle shower ـــ الحوض المستمر continuous tub والكمادة الباردة cold-pack ، والنوعان الأخيران هما أكثر الأساليب ورودا فى التراث ، وهما مسكنان أساسا (McGraw & Oliven, 1959; Ebaugh & Tiffany, 1959) ، على الرغم من أن الكمادة الباردة (الثقل البارد) تتضمن أيضا ضغطا جسمانيا يمتد تأثيره الى ما بعد ازالة الكمادة (الثقل) (Black, 1936; Wright, 1940) .

الحوض المستمر

ويعرف أيضا بالحمام « المحايد المستمر » ، يتضمن هذا النوع من العلاج ترك المريض فى حوض لفترة تتراوح من ساعة الى عدة أسابيع . ويغطى جسمه بمادة جيلاتينية بترولية أو أى مادة دهنية ، ويستلقى فى أرجوحة شبكية من قماش القنب بداخل حمام حوضى مصمم بطريقة خاصة . ويغطي باحكام بملاءة ويدور بشكل ثابت فى وجود مياه جارية باستمرار ، لها درجة حرارة أقل بقليل من درجة حرارة الجسم . ومع العلاج لفترة طويلة فان هذه الجلسات تقطع أو توقف، وذلك حتى يتناول المريض الطعام أو يقضى حاجته ، ولكن بعض المرضى يأكلون وهم تحت العلاج أى فى الماء ، وبعضهم كان يمضى طوال الليل فى هذا الحوض (McGraw & Oliven, 1959) .

الكمادة الباردة

فى العلاج بالكمادة الباردة يلف المريض باحكام بطبقات من

الملاءات والبطاطين بحيث تكون الملاءات متصلة بماء بارد وماء فاتر ، وأول استجابة للماء البارد تسمى الصدمة العلاجية المائية ، وتعد متغيرا مهما فى تحديد فاعلية العلاج • ويحدث التسكين عادة بعد حوالى عشر دقائق الى عشرين دقيقة ، ولكن بالنسبة للمرضى المستثارين جدا يحدث التسكين بعد ثلاثين دقيقة الى خمس وأربعين دقيقة ، فاذا لم يحدث التسكين فى مدى خمس وأربعين دقيقة تزال الكمادة ، وتوضع كمادة أخرى جديدة فى خلال ساعة (McGraw & Oliven, 1959) •

ويعد هذا النوع من العلاج مفيدا فى عـلاج المرضى المتهيجين والا تطلبت حالتهم جرعات كبيرة من المهدئات وهم لا يستطيعون تحمل الفينوثيازينز phenothiazines (وهى مجموعة من المهدئات الكبرى)• وهو أيضا مفيد لأولئك الذين تتطلب حالتهم تسكينا مباشرا ، وذلك لحين حدوث تأثير العقاقير التى يتناولونها (Kilgalen, 1972; Green, 1964) .

العلاج بالنوم لفترة طويلة

يتحقق التسكين المطلق بالنوم ، وقد استخدم النوم الممتد فى علاج المرض النفسى • ولوحظ هذا العلاج فى عام ١٨٩٠ تقريبا الا أن أول اسـتخدام منظـم له كان على يد «كليسى» (Klaesi, 1922) واستخدمت العقاقير فى هذه الطريقة لتجعل المريض يستغرق فى النوم عشرين ساعة فى اليوم تقريبا ، لمدد تزيد على ستين يوما • ويمكن أن ينظم العلاج بحيث ان المريض يستيقظ ليأكل ويقضى حاجتـه ، أو قد يكون النوم مستمرا • كذلك فان نوع النوم وعمقه هى أيضـا متغيرات تدخل فى الحسبان • وقد تضمن الاستخدام المبكر لهذا النوع من العلاج نوما يشبه التخدير ، ولكن فى أواخر الخمسينيات أصبح من المفضل احداث حالة تشبه النوم الطبيعى أو النعاس المستمر أو نوم كحالة الخدر أو الخدار Twilight sleep (McGraw&Oliven,1959) .

وكان هذا النوع من العلاج يعد أكثر العلاجات فاعلية فى علاج الفصام وذهان الهوس الاكتئابى ، الا أن النتائج كانت غير قابلة للتنبؤ ، وكانت النكسات هى الشائعة . وتضمنت الأعراض الجانبية المعاكسة : اخفاق الوعاء القلبى cardiovascular ، الإلتهاب الشعبى الرئوى broncho-pneumonia ، الفشل الكلوى ، وحالات الخلط الناتجة عن التسمم ، وتراوحت نسبة الوفاة من ١ الى ٣٪ (McGraw & Oliven, 1959) .

وقد تطور شكل آخر من العلاج المستمر بالنوم على يد «كاميرون» Cameron بمستشفى « ألن » التذكارى «بمونتريال» فى عام ١٩٥٥ . أشير اليه « بالقيادة النفسية » psychic driving ، جمع فيه «كاميرون» العلاج النفسى الى العلاج بالنوم (انظر الفصل الثانى عشر) ، اذ سجلت مقتطفات مهمة من المقابلات العلاجية النفسية ، ثم يتم تشغيلها على مسجل ليسمعها المريض أثناء العلاج بالنوم الطويل ، وتؤكد هذه المقتطفات على عبارات ايجابية حول الهوية الشخصية . واستخدم هذا الأسلوب أساسا مع مرضى الفصام (Clark, 1978) .

العلاج بغيبوبة الانسولين Insulin Coma Therapy

العلاج بغيبوبة الانسولين عبارة عن احداث غيبوبة طويلة من خلال خفض محتوى السكر فى الدم ، والذى يلى الحقن بالانسولين بجرعات كبيرة . وعلى الرغم من التشابه الواضح بين هذا النوع من العلاج والعلاج بالنوم الممتد فان جذوره ترتبط عامة بملاحظة تمت عن طريق الصدفة ، من قبل « مانفريد ساكيل » Manfred Sakel عام ١٩٣٣ .

ولكن «ساكيل» فضل أخيرا أن يصف أصل هذا العلاج من حيث

هو جــزء من فحص مخطط لدور الهايبوثلاموس فى ربــط الوظائف الفيزيولوجية بالأعراض النفسية للمرض النفسى والعقلى (Valenstein, 1973) • وقد لاحظ «ساكيل» أن الغيبوبة التلقائية الناتجة عن الحقن بجرعة كبيرة من الانسولين فى علاج ادمان المورفين ، ولمساعدة المرضى الواهنين على زيادة أوزانهم ، لها تأثير مفيد فى علاج المرضى النفسيين• وبناء على ذلك افترض أن السلوك الذهانى هو نتيجـــة لزيادة افراز الأدرينالين الذى يؤدى الى زيادة نشاط الخلايا العصبية المخية • الا أنه اتضح خطأ «ساكيل» فى كل من التقديرين ، فالمرضى الذهانيين ليس لديهم زيادة فى افراز الأدرينالين ، كما أن افراز الأدرينالين يزداد (ولا ينخفض) أثناء غيبوبة الانسولين • ومع ذلك فقد استخدم العلاج بغيبوبة الانسولين على نطاق واسع فى الطب النفسى حتى ظهـــور العقاقير المهدئة فى أوائل الخمسينيات •

واستخدمت غيبوبة الانسولين فى علاج الفصام ، والقلق وحالات التوتر ، وكذلك حالات الفصام الوجدانى الاكتئابى (Laqueur, 1975) هذا على الرغم من أن «أكنر وأولدهام» (Ackner & Oldham, 1962) قد فشلا فى التوصل الى أى تأثير مفيد لهذا النوع من العلاج • كما لم يستطع «أنجست» (Angst, 1969) بعد مسحه لعدد كبير من الدراسات أن يصل الى أى نتائج قاطعة حول فاعليته فى العلاج • وأوضحت النتائج الاحصائية أن من ٦٠ — ٧٠٪ تقريبا من الفصاميين الذين يعالجون بغيبوبة الانسولين يظهرون شفاء أو تحسنا سريعا ، ولكن هذا التحسن لا يدوم (Staudt & Zubin, 1957) ، ولذا فقد رؤى أن هذا العلاج أفضل بقليل من العناية الاعتيادية المألوفة (الروتينية) بالمستشفيات (Brannon & Graham, 1955; West et al., 1955; Ackner & Oldham, 1962) .

أما عن التأثيرات الجانبية المعاكسة المرتبطة بهذا الأسلوب العلاجى

فتتضمن : الغيبوبة ، التشنجات ، وهى تحدث لمدة طويلة ، وقد تحدث بشكل لا رجعة فيه ، كما يمكن أن تحــدث الوفاة التى ترتبــط عادة بالاخفاق فى وظائف الوعاء القلبى .

العلاج الكيميائى Chemotherapy

ان أى مادة تدخل الجسم وتؤدى الى تعديل وظائفه فإنها تسمى عقارا Drug (WHO, 1967) . وقد ارتبطت ممارسة الطب دائمــا باستخدام المواد لتغيير الخبرة السيكلوجية الذاتية والسلوك الشخصى الاجتماعى ، بالاضافة الى تغيير الوظائف الفيزيولوجية . وهناك قائمة طويلة من النباتات التى جمعت وزرعت لهذه الأغراض ، ويمكن اضافة الكحوليات اليها وكذلك عدد كبير من المواد الكيميائية المخلقة منذ عام ١٩٥٠ .

وتقوم الطريقة المثلى لوصف دواء معين فى اطار الطب النفسى على معلومات متعلقة بثلاثة متغيرا ت : أ ــ اضــطراب السلوك أو تشخيص الأعراض . ب ــ أية اضطرابات للوظائف المخية تكون كامنة وراء اضطراب السلوك . جـ ــ الطريقة التى يؤثر بها العقار على المخ . ولسوء الحظ فان المعرفة بالجوانب الفيزيولوجية لكل من المرض النفسى واســتجابة المخ للعقاقير النفسية تعد ضئيلة ، ولذلك فان تشخيص الأعراض بعناية ودقة شرط ضرورى فى العلاج الكيميائى (van Praag, 1978) .

وقد أشار « بيير جانيه » (Janet, 1908) الى أن لغز الشذوذ يكمن فى التوتر النفسى ، وبنــاء على ذلك قدم « ديلاى ، دينيكر » (Delay & Deniker, 1961) تصــنيفا للعقاقير المستخدمة فى الطب النفسى بتقسيمها الى : المثبطات «المخمدات» النفسية psycholeptics التى تخفض التوتر ، والمنشطات النفسية psychoanaleptics وهى تزيد

من التوتر ، الموهمات النفسية psychodysleptics التى تؤدى الى المظاهر المرضية للتوتر • وتصنف منظمة الصحة العالمية (WHO;1967) هذه العقاقير الى خمس فئات :

١ ـ مهدئات أو مطمئنات القلق anxiolytic sedatives : وهى تخفض القلق والتوتر والتهيج دون أن تسبب اضطراب العمليات المعرفية •

٢ ـ المثبطات العصبية neuroleptics : ويكون تأثيرها أساسا على العمليات المعرفية المضطربة لدى المرضى الذهانيين •

٣ ـ المنبهات النفسية psychostimulants : وهى تزيد مستوى اليقظة أو الدافعية أو كليهما •

٤ ـ مضادات الاكتئاب Antidepressant .

٥ ـ الموهمات النفسية psychodysleptics : والتى تؤدى الى شذوذ الوظائف المعرفية •

وامتد « فان براج » (van Praag; 1978) بهذه القائمة فأضاف فئة تلائم العقاقير المستخدمة فى علاج الادمان والاضطرابات الجنسية• هناك بعد ذلك مركبات الليثيوم ، والعقاقير المؤثرة فى الأعصاب ، ومضادات التقلص أو مضادات الكولين ، ومضادات التشنجات . Anticonvulsants

ومعظم هذه العقاقير ـ كما تشير أسماؤها ـ تتعلق بالأعراض وتهدف الى علاجها ، وقد تكون ملائمة للطب الجسمى أكثر من الأمراض النفسية • الا أن التأثيرات السيكولوجية والسلوكية للعقاقير لا تتحدد فقط بوساطة الخصائص الفيزيقية مثل طبيعة العقار ومعدل امتصاصه (Silverstone & Turner;1978) ولكنها تتحدد من خلال مدى واسع من المتغيرات التى تتضمن المريض ووضعه الاجتماعى (Trouton & Eysenck, 1961; Uhlenhuth et al., 1966) ان الخط الفاصل بين الطب الجسمى وعلم الأمراض النفسية هو خط رفيع ،

واستخدام العقاقير النفسية — على وجه الخصوص — يلقى الضوء على مشكلات لا يستطيع المتخصص فى الأمراض النفسية تجاهلها •

ان عقاقير مطمئنات القلق ، والمثبطات العصبية — من الناحية التاريخية — تعرف معا باسم المهدئات Tranquillizers ، والاسم مشتق من حقيقة مؤداها أن استخدامها له تأثير مهدىء للسلوك المستثار والمتوتر • وفى البداية كانت هناك تفرقة بين المهدئات البسيطة والكبرى، الا أن هذه التفرقة لم تلق قبولا على أساس أنها تتضمن التشابه الاكلينيكى والفارماكولوجى (من ناحية تركيب العقار) بين النوعين من العقاقير ، وهو تشابه غير موجود (Cole & Davis, 1975) وبناء على ذلك ظهر ميل الى استخدام مصطلحات أكثر وصفا مثل : « العقاقير المضادة للقلق » Anxiolytic ، « مطمئنات القلق » ، « مهدئات الأعصاب » Ataractic أو ببساطة «المهدئات» عند الاشارة الى المهدئات البسيطة ، و « المضادات الذهانية » antipsychotic أو « مثبطات الأعصاب » Neuroleptic عند الاشارة الى مجموعة المهدئات الكبرى •

العقاقير المضادة للقلق : « مطمئنات القلق »

للعقاقير المضادة للقلق بعض الخواص المسكنة ، ولكنها لا تماثل المسكنات الحقيقية ، وهذه العقاقير تؤدى الى الاسترخاء والهدوء كما أنها تخفض من القلق والتوتر والتهيج ، ولها تأثير ضئيل على وضوح الوعى والوظائف العقلية (Silverstone & Turner, 1978) . (van Praag, 1978) وأكثر هذه العقاقير استخداما :

— الميبرومات (ايكوانيل — ميلتاون — سيدابون) •

— مشتقات البينترودیازیبین ، ديازيبام (فاليوم) •

- كلورديازيبوكسيد (الليبريام) •

— الباربيتيوريت وخاصة أميلوباربيتون (أميتال الصوديوم) •

وفى مجالات أخرى من علم العقاقير ، نجد أن الأثر العلاجى للأدوية الجديدة يمكن أن يختبر قبل استخدامه على حيوانات التجارب الا أن ذلك يشكل صعوبة فى اطار الطب النفسى ، نظرا للطبيعة الذاتية لكثير من الأعراض ، وكذلك الافتقار الى تعاريف واضحة ينتج عنها نماذج حيوانية قليلة ملائمة للمرض النفسى ، وأيضا عدم قدرة الحيوان على الاستبطان أو على اعطاء تقارير عن خبرته الذاتية تجعل من المستحيل غالبا تحديد ما اذا كانت التغيرات السلوكية ترجع الى تأثيرات حسية أو معرفية أو حركية (Silverstone & Turner, 1978) •

ومن الممكن تحديد العقاقير المضادة للذهان وللاكتئاب بوساطة تأثيراتها المميزة فى تجارب الحيوان ، الا أن مثل هذا الاختبار أقل قابلية للاعتماد عليه بالنسبة للعقاقير المضادة للقلق (van Praag, 1978) مع هذا فهناك ميل واضح لمشتقات «البينزوديازبين» مثل «الديازيبام» (فاليوم) لعدم كف السلوك الذى حدث له قمع فى موقف اختبار اجرائى•

وهناك حالة مشابهة لقلق الانسان يمكن استحداثها لدي الحيوانات، وذلك بوضعها فى موقف صراع (انظر الفصل الثامن) ، فالحيوان الجائع الذى تعلم الضغط على رافعة ليحصل على الطعام كتدعيم ، ثم تعلم بعد ذلك أن الضغط على الرافعة فى وجود الضوء الأحمر سيجلب له صدمة كهربية مؤلمة بالاضافة الى الطعام ، وجد أنه بالنسبة الى الحيوانات التى عولجت بمحلول ملحى خامل أو بالعقاقير المضادة للذهان أو بالأفيون أو المنبهات النفسية ، انها قد توقفت عن الضغط على الرافعة عندما يكون الضوء الأحمر مضاء ، أما الحيوانات التى عولجت بمشتقات «البنزوديازبين» فقد استمرت فى الضغط على الرافعة • وبالاضافة الى ذلك فانه حتى على الرغم من استطاعتها خفض النشاط النفسحركى العام ، فان الجرعات القليلة من هذه العقاقير غالبا

ما تزيد من النشاط الاستكشافى والاستجابة للبيئة (Cole & Davis; 1975) .

وعلى أساس هذه الملاحظات على الحيوانات فى المعمل ، اقترح « ايروين » (Irwin, 1968) أن تستخدم مشتقات «البينزوديازبين» لعلاج القلق حينما يكون المريض خجولا ومكفوفا، ويكون الهدف العلاجى تطوير سلوك متجه الى الخارج متسم بركوب المخاطر . وعلى الرغم من وجود بيانات اكلينيكية تميل الى تأييد افتراض «ايروين» هذا ، فلا يوجد تقرير عن أى محاولة اكلينكية نوعية فى هذا الصدد (Cole & Davis, 1975) .

الأعراض الجانبية المعاكسة

هناك اتفاق عام على الأرجاع المعاكسة لمضادات القـلق ، حتى لو أعطيت بالجرعات الموصى بها ، فيمكن أن تؤدى الى خلل فى تآزر الحركات الارادية ، وزيادة التسكين ، بالاضافة الى أن العقار يمكن أن يصبح غير مثبط ، فانه يسهم فى تكوين الأفكار الانتحارية ، كما يؤدى الى تقلبات انفعالية شديدة (Cole & Davis, 1975) هذا فضلا عن خطورة الادمان (van Praag, 1978) .

العقاقير المضادة للذهان « مثبطات الأعصاب »

لم يحدد مصطلح « مضاد للذهان » بدقة ، وهذا متوقع نظـرا للتعريف الغامض لمصطلح «الذهان» (انظر الفصل الثانى) ، وعموما فان العقار المضاد للذهان يمكن أن يحدث تأثيرا ذا فائدة على الوظائف المعرفية الشاذة — مثل التوهمات ، الهلاوس ، التفكير المفكك ، التوهان، وهى كلها تعد من خصائص الاضطراب الذهانى .

التطور التاريخى

فى أثناء النصف الأول من القرن العشرين ، كانت العقاقير الرئيسة

فى الطب النفسى هى البروميدات Bromides والتى اكتشفها « بالأرد » Ballard عــام ١٨٢٦ ، « والباربيتيوريت » التى اكتشفها « باير » Baeyer عام ١٨٦٣ • وتتحكم هذه العقاقير تحكما ملائما فى القــلق وعدم الاستقرار ، ولكنها تؤدى الى أعراض جانبية خطيرة عندما تعطى بجرعات كبيرة ، كما يحدث الاعتماد Dependencyالذى يعقد المشكلات النفسية الموجودة • ولذلك لم تستطع أن تحل كلية محل العلاج بالماء وغيبوبة الانسولين ، على الرغم من المشكلات المتضمنة فى هذه العلاجات• وكان لاكتشاف المهــدئات الكبرى : «الكلوربرومازين» ، «ريزربين» Reserpine فى عام ١٩٥٢ أثر كبير فى خفض استخدام كل أشــكال العلاجات البيولوجية المتاحة فى ذلك الوقت •

وكان «الريزربين» أول المهدئات التى استخدمت بكثرة فى العلاج الاكلينيكى ، ولهذا العقار تاريخ طويل ، فهو مستخرج من جذور نبات « الراوولفياسيربينتينيا » Rauwolfia serpentinia ، وقد أشــار « جاركيا دا أورتا » Garcia da Orta عام ١٥٦٣ الى تأثيره فى أوروبا (Lucker, 1962) كما استخدم فى الهند عام ١٥٧٣ بوساطة «لينارد راوولف» Rauwolf الطبيب الباطنى الذى جاب أنحاء العالم ــ تبعا لتقاليد عصره ــ ليجمع العقاقير والنباتات ليستخدمها فى عمله • وقد سمى النبات باسم أول من قام بوصـــفه وهو « بلمبر » Plumber عام ١٧٠٣ • وعلى الرغم من المعرفة المبكرة بهذا النبات فان خواصه المهدئة لم تصبح شائعة الا بحلول القرن العشرين • وفى عام ١٩٣١ أعلن الطبيبان الهنديان «سين» ، Sen «بوس» Bose أن هذا النبات يخفض ضغط الدم المرتفع ، ويتحكم فى جنون الهوس • وفى عام ١٩٣٣ استخدم «بهاتيا» Bhatia بعض خلاصاته فى علاج ضغط الدم المرتفع• الا أن ذلك لم يكن معروفا حتى عام ١٩٤٩ ، حينما نشر « رستم جال ناكيل » Rustom Jal Nakil تقريرا عن محاولة اكلينيكية فى مجلة

القلب البريطانية British Heart Journal يفيد بأن الراوولفيا ذكر فى منشور علمى خارج الهند • وبعد هذه الفترة مباشرة قدم «ولكنز» (Wilkins, 1954) تقريرا عن استخدام الراوولفيا فى علاج ضغط الدم ، كما أعلن « شلتر ، ميللر » Schlitter & Mi'ler تعريفهم للزيزربين على أنه المادة الفعالة فى النبات (Klotz, 1959, Hordern, 1968) .

واستخدم الريزربين بكميات متزايدة فى حالات ضغط الدم المرتفع والاضطرابات السيكياترية ، ولكن سرعان ما حل محله الكلوربرومازين، وهو عقار أسرع فى المفعول وأكثر فاعلية ، وقد استخدم فى البداية لعلاج ضغط الدم المرتفع •

والكلوربرومازين مخلق فى الأصل على أنه مضـــاد للهستامين • والذى أثبتت تجربته على الحيوان أن له خواص مسكنة ملحوظة • وقد اســـتخدم « بيــير لابوريت » Pierre Laborit — وهو طبيب تخدير فرنسى — هذا العقار فى عمل مركب دوائى يمكن أن يتحكم فى استجابة الجسم للاجهاد Stress الجراحى ، ولاحظ أن له خواص مهدئة • وفى عام ١٩٥٢ قام طبيبان نفسيان فرنسيان هما : « ديلاى ، دينكر » Delay & Deniker بمحـــاولة الاستفادة من هذه الخواص المهدئة بوصف العقار للمرضى الفصاميين ، ووجدا أن له خاصية أخرى اضافية هى خفض ذهان الفصام (Davis & Cole, 1975) •

وأكثر العقاقير المضادة للذهان شـــهرة فى الاستخدام الحالى : ريزربين (ســـيربازيل) ، مشـــتقات الفينوثيـــازين ، كلوربرومازين (لارجاكتيل — ثورازين) ، ترايفلوبيرازين (ستيلازين) ، ثيـــوريزين (ميلاريل) ، هالوبيريدول (هالدول — سيرنياس) •

الفاعليـــــة

على الرغم من أن هناك اتفاقا عاما على أن مشتقات الفينوثيازين

مثل كلوربرومازين تؤثر فى المهـاد thalamus والتكـوين الشبكى reticular formation وبقية جهاز المسارات الهرميــة الخارجيــة ، ويسبب الطبيعة المعقدة للنشاط المخى فان الأماكن الدقيقة وطبيعـة عملها لم تحدد تماما بعد • ولا يدعى أن هذه العقاقير تعالج المرض النفسى والعقلى ، ولكن الادعاء الرئيس أنهـا تقلل من السلوكيات والعمليات الذهانية • وقد كان لهذه العقاقير الفضل فى بقاء كثير من أقسام المستشفيات مفتوحة بحيث سمحت لعدد أكبر من الناس بتلقى العلاج فى عيادات خارجية ، وبصفة عامة جعلت عددا أكبر من الناس مذعنة للعلاج النفسى وقابلة له •

وقد أثار «ساس» (Szasz, 1957) سؤالا يتعلق بمدى تأثير الكلوربرومازين على مظاهر المرض وليس المرض نفسه ، أى الاهتمام هنا بالوظائف فقط بوصفها تقييدا من الناحية الكيميائية ، وقد أظهرت البحوث التالية (Cole et al., 1964; Goldberg & Mattsson, 1967; Goldberg et al., 1967; Simpson et al., 1972) تأثـير الأدوية المضادة للذهان على الوظائف المعرفية أكثر من السلوك الصريح ، ولكن «بيرجر» (Berger, 1976) كان أكثر وضوحا ، اذ نص على أن العقاقير المضادة للذهان تحدث تأثيرا نوعيا على العملية الكامنة وراء الفصـام بوصفه مرضا عقليا بحيث تكون هذه العقاقير — وبطريقة انتقائية — مضادة لأعراض المرض •

الأعراض الجانبية المعاكسة

كما فى الأشكال الأخرى من العلاج ، فان الأعراض الجانبيـة المعاكسة غالبا ما تكون متضمنة فى العلاج الكيميائى ، وتنقسم آثار العقاقير الى فئتين رئيستين : فئة ردود الأفعال السامة : وهى عبارة عن احداث تغيرات مباشرة فى الخلايا ، وفئة الأعراض الجانبية فى حد ذاتها : وهى ردود أفعال سلوكية أو فيزيولوجية غير مرغوبة وغير ضرورية •

والآثار الجانبية المعاكسة للعقاقير المضادة للذهان أصبحت مؤكدة، وهى تتضمن :

— ردود الأفعال الخاصة بالجهاز العصبى الذاتى مثل : جفاف الفم والحلق ، الزغللة ، احمرار الجلد ، الامساك ، احتباس البول •

— أعراض المسارات الخارجية الهرمية مثل : الأوضاع الغريبة المضحكة ، الحركات الملوية ، التململ أو عدم الاستقرار ، أعراض شبيهة بأعراض مرض باركنسون (الشلل الرعاش) ، وأحيانا نوبات صرعية •

— الحساسية مثل : اليرقان (الصفراء) ، ونقص عدد الكـرات المحببة فى الدم ، الحساسية الجلدية فى شكل حساسية للضوء ، مرض شبكية العين •

— تأثيرات على الغدد الصماء مثل : تضخم الثدى وافراز لبن منه، عدم انتظام الدورة الشهرية ، عجز جنسى ، زيادة ملحوظة فى الوزن ، كما تعطى اختبارات الحمل نتائج هرمونية ايجابية زائفة • ومن الناحية التاريخية فان أكثر الآثار الجانبية المعاكسة خطورة هى : الحساسية أو التسمم الضوئى ، ومرض شبكية العين ، وهذا يحدث مع عقـار الكلوربرومازين (Davis & Cole; 1975; Silverstone & Turner; 1978) .

العقاقير المحدثة للذهان : « الموهمات النفسية » Psychodysleptics

تعرف العقاقير المحـدثة للذهان psychotomimetic أيضا باسم المهلوسات hallucinogens • وأكثر هذه العقاقير شهرة : المسكالين وحامض الليسيرجيك دايثيلاميد LSD ، وقد اشتقت هذه الأسماء من حقيقة مؤداها أن تأثيرات هذه العقاقير تظهر اضطرابات تحاكى الاضطرابات الذهانية •

ويرتبط عقار المسكالين كيميائيا بالأدرينالين ، وله تأثيرات نفسية مشابهة لعقار ل٠س٠د٠ LSD ، وحين يؤخذ هذا العقار بجسرعات صغيرة فانه يغير عالم الادراك والخبرة دون خفض شديد لمستوى الوعى (van Pragg, 1978, P. 364) ٠

وكان عقار ل٠س٠د٠ L.S.D موضوعا للنشر لما يزيد عن ألف مؤلف فى الفترة من ١٩٥١ — ١٩٦٢ (van Praag, 1978) ، وقد استخدم بوصفه مساعدا للعلاج النفسى ، كما درس باعتباره أساسا كيميائيا حيويا محتملا للفصام ٠

الفاعليـــة

للعقاقير المحدثة للذهان بوجه عام ثلاثة استخدامات أساسية فى علم الأمراض النفسية : أولا : تمدنا باستبصار بالاضطرابات الذهانية المتنوعة ٠ وثانيا : تفيد فى اختبار العلاج بالعقاقير الأخرى ، وثالثا : تستخدم فى علاج المرضى فى مرضهم الأخير ومدمنى الكحوليات ٠

وفى أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات من القرن العشرين ، وقبل أن يبدأ شباب العالم الغربى فى تجربة هذه العقاقير فى بحثهم الذاتى عن توسـيع مدى الوعى لديهم ، سـار الأطبـاء النفسيون والمتخصصون فى الصحة النفسية على هدى بعض الفنانين — مثـل «ألدوس هكسلى» (Huxley, 1954, 1956) — وجربوا تأثيرات المسكالين وعقار ل٠س٠د٠ بأنفسهم ٠ وقد كان هناك اهتمام دائم ببحث مسألة صدق التقارير اللفظية للخبرة الذاتيـة (انظر على سبيل المثـال : (Watson; 1914; Sarbin & Juhasz, 1967) ، واعتمـد تبـرير استخدام العقاقير المحدثة للذهان على أساس أنها تيسر فهم طبيعة الاضطرابات الذهانية والاستبصار بها ٠ وهناك أيضا استخدام مختصر لهذه العقاقير فى تطوير العقاقير المضادة للذهان واختبار آثارها ، اذ

تعطى للحيوانات لاحداث « نموذج للذهان » ، ثم يعالج بعــد ذلك بالعقار الجديد • الا أنه اتضح عدم جدوى هذين الاستخدامين ، حيث تبين أن التشابه بين الذهان المستحدث صناعيا والذهان الذى يحدث بشكل طبيعى لا يتعدى حدود المظاهر السلوكية السطحية • . . .

وبمراجعة الاستخدام العلاجى لعقار ل•س•د• انتهى «سمارت» (Smart, 1968) الى أنه غيرمفيد فى علاج الأمراض النفسية والعقلية، اذ اتضح عدم أفضليته بالمقارنة الى العلاج الموجود حينذاك • وتبدو فائدته فقط حينما لا تقارن نتائجه بمجموعة ضابطة ، على حين تختفى قيمته عندما تستخدم الدراسات الدقيقة المحكمة (van Dusen et al., 1966; Smart et al., 1967).

الآثار الجانبية المعاكسة

عرقل التأكد من الآثار الجانبية المعاكسة للعقاقير المحدثة للذهان نظرا لأن معظم البيانات جاءت من الاستخدام غــير الطبى ، حيث يتناولها شباب صغار السن ، غير معروف شخصياتهم قبل المرض ، وهم يأخذون كميات غير محددة من عقاقير مجهولة مشكوك فى درجة نقائها ، وهم يتناولونها تحت ظروف غير محددة • وبنــاء عليه فقد احتجزوا فى المستشفيات للعلاج من السلوك الشاذ الذى تطور لديهم• وهناك احتمال آخر ، خاص ببعض النتائج ، يشير الى المناخ الاجتماعى الذى زاد رد فعله فى محاولة لاثارة فزع هؤلاء الشباب مما لحق بهم ، فكانت النتيجة نشر معلومات ضحلة وغير صادقة •

ومع وضع الاعتبارات السابقة فى الذهن ، فقد افترض وجود عدد من الآثار الجانبية لهذه العقاقير ، ومن أكثرها خطورة : ردود الأفعال الذهانية الممتدة فترة طويلة ، ارتداد الخبرات الذهانية (Rosenthal, 1964; Frosch et al., 1965) ، ردود الأفعال غير الذهانية الممتدة مثل الفزع الحاد أو الخلط ، الاكتئاب ؛ السلوك المضاد للمجتمع أو

السيكوباتى ، القلق المزمن (Cohen, 1966) ومن الآثار الجانبية الخطيرة أيضا : الانتحار ، القتل ، الاغتصاب (Knudsen, 1964) والتشنجات (Cohen, 1960) واصابات الأجنة والخلل الوراثى (Smart & Bateman, 1967; Cohen et al., 1967; Irwin & Egozcue, 1967; Dishotsky, et al., 1971) .

مركبات الليثيوم

اكتشفت مركبات الليثيوم Lithium قبل اكتشاف الكلوربرومازين بثلاث سنوات على يد « كاد » (Cade, 1949) الطبيب النفسى الاسترالى . وتحتل مركبات الليثيوم مكانة خاصة بين العقاقير الخافضة للتوتر . وهى مثل العقاقير المضادة للذهان ، فهى تكف السلوك الذهانى مع تسكين محدود فقط . ولكن ليس لها تأثير على العمليات المعرفية ، ومن الناحية الفعلية لها تأثير على جهاز المسارات الهرمية الخارجية extrapyramidal . ولذلك فهى مخصصة لعلاج حالات الهوس الحاد وتحت الحاد ، كما تستخدم بوصفها علاجا وقائيا للاكتئاب بنوعيه : أحادى القطب وثنائى القطب (Davis, 1976) . ولهذا صنفها «بيرجر» (Berger, 1976) مع مضادات الاكتئاب بوصفها عقاقير منشطة وليست عقاقير مثبطة نفسيا . ومع هذا فهى ليست فعالة بدرجة فاعلية العقاقير المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية — مثل مضادات الاكتئاب الثلاثية — فى علاج الاكتئاب (Silverstone & Turner, 1978) .

والعيب الأساسى فى مركبات الليثيوم أن تأثيرها لا يظهر الا بعد مرور عدة أيام قد تطول لتصل الى أسبوع (van Praag, 1978) كما أن هناك خطا رفيعا بين الجرعات العلاجية والجرعات السامة (Berger; 1976) . وتتضمن الآثار الجانبية المعاكسة لمركبات الليثيوم : الغثيان ، الاسهال ، التعب ، نقص التركيز ، كثرة عدد مرات التبول ، العطش ، اختلال وظائف الكلى والغدة الدرقية المصاحب لبرامج العلاج الطويلة.

كما تؤدى زيادة الجرعات الى تسمم بالليثيوم ، فان ترك دون عــلاج يحدث زيادة فى الأعراض من تشوش الوعى الى الحركات غير المتآزرة، ثم هلاوس وتوهمات ، الى نوبات صرعية ثم غيبوبة •

العــلاج المقــوم للجزيئــات Orthomolecular therapy

يتلخص هذا العلاج فى اعطاء كميات كبيرة من الفيتامينات ، وقد نبع ذلك من الاستخدام التجريبى لفيتامينات «ب$_3$» وفيتامين «جـ» فى عــلاج الفصــام على يد «هوفر ، أوسموند ، كالبيك ، كاهان» (Hoffer; Osmond, Callbeck & Kahan, 1957) • ويتضمن هذا النوع من العلاج أيضا علاج الأطفال حديثى الولادة غير القادرين على تمثيل مادة الفينيلانين ولهذا يتبعون نظامظا غذائيا خاصا تخفض فيه نسبة هذه المادة (Pauling; 1968) •

ويعرف العــلاج المقوم للجزيئات بأنه المحقق للصــحة النفسية والمحافظ عليها من خلال تغيير تركيز المواد التى توجد بشكل طبيعى فى جسم الانسان مثــل الفيتامينــات (Pauling, 1974) • ويوجه المتخصص فى الأمراض النفسية والعقلية عناية خاصة لهذا النوع من العلاج ، مفضــلا اياه على استخدام المواد الكيميائية التى تستخدم لتصحيح العيوب المرضية المنشأ ، بل يستخدمها لتصحيح نقص مرضى• ولهذا فالعلاج المقوم للجزيئات شبيه جدا بالمنحى العلاجى الذى قدمه «سيلى» Seleye (انظر الفصل الثامن) والقائم على مساعدة الجسم بمجهوده الطبيعى لتحقيق الصحة والحفاظ عليها •

وقد قرر « ســيد نستريكر ، كليكلى » Sydenstricker & Cleckley, 1941) أن المرضى المشخصين بالذهان التسممى والهذيان يمكن مساعدتهم بحامض النيكوتين (Osmond & Smythies, 1952) • كما يذهب فرض « الميثيل التحولى » الى أن تقديم الميثيل القــابل للتحول مثل حامض النيكوتين يمكن أن يفيد مرضى الفصام • ويقرر

«هوفر» وآخرون (Hoffer et al., 1957, Osmond, & Hoffer, 1962, Hoffer & Osmond, 1964) أن استخدام جرعات مناسبة من حامض النيكوتين والنيكوتين أميد يسهم فى شفاء المرضى الفصاميين ، الا أن «هوفر» (Hoffer, 1966) قرر أنه غير مفيد فى علاج الفصام المزمن، ولكنه يفيد فقط فى حالات الفصام الحاد •

وقد أثير جدل كثير حول هذا الأسلوب العلاجى ، ويعد «بولينج» مبالغا فى اعتبار فيتامين « جـ » العلاج الشافى من نزلات البرد (Anderson, 1977) • كما أصدرت رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية تقريرا عام ١٩٧٣ ترفض كلية العلاج المقوم للجزيئات فى الطب النفسى على الرغم من الردود الناقدة لهذا التقرير (Hoffer, 1974; Pauling; 1974) • وقد تركز الجدل — فى جانب منه — فيما اذا كان هذا النوع من العلاج يؤثر مباشرة فى علاج الأمراض النفسية والعقلية ، أو أنه ييسر فقط العلاجات الأخرى ، وبذلك يلقى الضوء على تعريف العلاج •

وهناك أيضا فروق بين الأفكار المتصلة بكيفية تفسير نتائج الدراسات التجريبية : ان الفشل فى البرهنة على الفروق الجوهرية احصائيا ليس هو ذاته كالفشل فى البرهنة على الفروق فقط (Pauling, 1973; Dunnett, 1966) • ويعلق المؤلف الأخير على الفرق الذى لا يعد فرقا ، والذى يختلف عن الفرق الجوهرى احصائيا •

العلاج بالصدمات الكهربائية Electro-Convulsive therapy

يتضمن هذا العلاج استخدام تيار متردد ، بتردد من ٥٠ — ٦٠ ذبذبة فى الثانية ، ويتراوح من ٧٠ الى ١٥٠ فولت على جبهة الرأس من صدغ الى صدغ ، لفترة ما بين ١/١٠ ثانية الى ثانية كاملة (Laqueur; 1975) • واذا كان الفولت أقل من ٥٠ فانه يكون مؤلما فقط ، أما اذا كان من ٥٠ الى ٧٠ فولت فان المريض يصبح فاقدا للوعى ، واذا كان الفولت أكثر من ٧٠ فانه يؤدى الى نوبات صرعية

تشبه النوبات الصرعية الكبيرة وتستمر من ٣٠ ثانية الى ٦٠ ثانية . وينفذ الى المخ فى هذه الفترة من ٢٠٠ الى ١٦٠٠ مللى أمبير من التيار (Smith et al., 1942 ; Detre & Jarecki, 1971) . ويختلف عدد الصدمات ومعدلها فى هذا الأسلوب العلاجى ، الا أن العدد المعتـاد هو ست صدمات بمعدل صدمتين فى الأسبوع (Royal College of Psychiatrists, 1977) .

التطـور التاريخـى

هناك دليل على أن الكهرباء قد استخدمت فى العلاج مدة طويلة قبل معرفة خواصها الطبيعية ، ومن المحتمل أن أول ظاهرة كهربية انتبه الانسان اليها كانت الشحنات الحيوية الكهربية التى يفرغها نوع معين من الأسماك . وهناك ثلاثة أنواع من هذه الأسماك لها القدرة على اطلاق صدمات ذات شدة تصل الى احداث الشلل ، وتوجد هذه الأنواع بالقرب من أماكن الحضارات القديمة (Kellaway, 1946) . وكلمـة « خدر » Narcosis مشتقة من الكلمة الاغريقية القديمة Narke وتعنى الخدر أو فقد الاحساس ، وكانت أيضا اسما لسمك السلور (سمك القط) الكهربى الموجود فى نهر النيل ، وأيضا سمك الشعاع الكهربى الموجود فى البحر المتوسط . وكلمة «خادر» Torpid وتعنى : المتبلد الخامل الكسول الذى لا يتحرك ولا يشعر ، لها الأصل اللاتينى ذاته لكلمة « الرعاد الكهربى » Torpedo وهو الاسم الرومانى القديم لسمك الشعاع الكهربى . وأول تسجيل للاستخدام العلاجى للكهرباء يعزى الى الرومان القدامى ، حيث كان الأطباء الكهنة يضعون سمك الشعاع الكهربى الحى على جبهة المرضى الذين يشكون من الصـداع المزمن (Kellaway, 1946) .

وخلال القرن الثامن عشر كان هناك ريادة سريعة فى المعـرفة

بالكهرباء • وفى عام ١٧٤٥ اخترع « وعاء ليدين Leyden Jar » • وفى عام ١٧٥٢ نفذ « بنيامين فرانكلين » Benjamin Franklin تجربته الشهيرة « الطائرة الورق التى تطير » • وبذلك أصبح المناخ ملائما لهؤلاء المهتمين بوظائف الجسم ليفكروا فى الكهرباء بوصفها بديلا لنموذج «جالينوس» الهيدروليكى للجهاز العصبى • ويعتمد هذا النموذج على تصور مؤداه أن الأعصاب عبارة عن أنابيب مجوفة تتدفق خلالها السوائل فى العضلات فتنتفخ ، وبذلك تقصر أو تنقبض ، وظل هذا التصور رائجا ما يقرب من ١٥٠٠ سنة •

وفى عام ١٧٨٦ برز « ليوجى جلفانى » Luigi Galvani أستاذ التشريح بجامعة «بولونا» بايطاليا ، وقام بربط أرجل ضفدعة مقتولة حديثا فى خطاف نحاسى ، وعلق الخطاف على قضيب حديد ، فالتوت أرجل الضفدعة بعنف عندما لامست القضيب • وعلى الرغم من أن تفسير «جلفانى» بأن أرجل الضفدعة احتوت على الكهرباء التى أطلقت عندما لامست المعدن كان تفسيرا خاطئا فانه كان متسقا مع كل من المعلومات عن الكهرباء فى ذلك الوقت ، وكذلك مع نظريات « أنتون مسمر » Anton Mesmer (١٧٣٤ — ١٨١٥) عن الكهربية الحيوانية والمغناطيسية ، والتى كانت شائعة حينذاك •

وقد قرر «شاركو» Charcot (١٨٢٥ — ١٨٩٣) أن يستخدم تيارات كهربية ذات فولت منخفض فى علاج الهستيريا ، ولكن الطرق الكهربية استخدمت فى أوائل القرن العشرين أساسا فى الدراسات التجريبية مع الكلاب والأغنام لاحداث حالة من النوم الطويل وتشنجات شبيهة بالصرع ، ومع ذلك ظهرت الجوانب التكنولوجية بوضوح فى هذا الوقت •

ومن الناحية الاكلينيكية ، فان تطور العلاج بالصدمات الكهربية ECT قد نتج عن ملاحظتين وهما : ان معدل حدوث الفصام بين

الأشخاص المصابين بالصرع أقل بكثير من بقية الجمهور عامة ، ويبدو أن هؤلاء الأشخاص الذين يكشفون عن الاضطرابين معا يحدث لديهم شفاء مؤقت من أعراضهم الفصامية بعد النوبات الصرعية التلقائية • وقد تأكد بعد ذلك أن كلا من الملاحظتين غير صادق ، ولكن الاكلينيكيين بعد ذلك تقدموا تقدما واضحا فى بحثهم عن طريقة لاحداث نوبات الصرع صناعيا بوصفها وسيلة لعلاج الفصام •

وفى عام ١٩٣٧ نقل «نيرو» (Nyiro, 1937) دما من المصابين بالصرع الى المصابين بالفصام ، الا أنها كانت محاولة غير ناجحة • وكان «ميدونا» (Meduna, 1936, 1938) أكثر نجاحا اذ أحدث النوبات الصرعية من خلال الحقن فى العضل بمحلول يحتوي على ٢٥٪ من الكافور فى الزيت ، الا أنه اتضح أن هذا الاجراء لا يمكن الاعتماد عليه حيث ان النوبات اما أنها قد لا تحدث على الاطلاق ، أو قد تحدث بتكرار كبير بعد ساعتين من الحقن ، وقد تحدث أيضا عدة نوبات صرعية متتالية • واستبدلت بعد ذلك بحقن الكافور فى الزيت والتى تعطى فى العضل حقن الكافور التخليقى المذاب فى الوريد • وعرفت مادة بينتاميثيلنتيترازول Pentamethylenetetrazol فى النشرات الأوروبية الأصلية باسم كارديوزول Cardiozol ، كما عرفت فى شمال أمريكا باسم ميترازول Metrazol (Laqueur, 1975) • وكان يحقن ١٠٪ من محلول الميترازول فى الماء ، وعلى الرغم من أنه كان أكثر ثباتا من الكافور فى الزيت ، فقد كانت هناك نسبة مرتفعة من الكسور وحالات الوفاة ، وكذلك الخوف الشديد والتوجس من قبل المرضى قبل فقد الوعى ، مما جعل منه علاجا منفرا •

وفى هذا الوقت أصبح « يوجو سيرليتى » . Ugo Cerletti واعيا بنظريات «ميدونا» عن التعارض بين الفصام والصرع • وقبل ذلك قضى «سيرليتى» أعواما عديدة يجرى تجاربه على النموذج

الحيوانى للصرع الانسانى ، وقد أحل الكهرباء محل العقاقير ، حيث ان الكهرباء كانت أكثر ملاءمة عند الرغبة فى احداث نوبات صـــرع متتالية لدى الحيوان ذاته • وعندما أصبح «سيرليتى» واعيا بنظريات «ميدونا» ، قام هو مع «بينى» Bini عام ١٩٣٨ باحلال الكهـــرباء محل الميترازول فى علاج مريض فصامى ذكر • وكانت محاولتهما الأولى غير ناجحة ، ولكنهما تغلبا على الاعتراضات الموجهة اليهما من زملائهما، وذلك بزيادة التيار فى المحاولة الثانية التى أدت الى نوبة صرعية عامة• وبعد سلسلة من المحاولات العلاجية كان هناك تحسن كاف فى حالة المريض بحيث عاد الى بيته فى ميلان Milan • وأصبح العلاج الكهربى التشنجى ECT أسلوبا متبعا فى الطب النفسى (Valenstein, 1973) .

الأســـاس المنطقـــى

ان الموضع التشريحى وكذلك الطريقة التى تعمل بها الصدمات الكهربية التشنجية غير معروفين على وجه التحديد • وقد حدد جوردون (Gordon, 1948) ما لا يقل عن خمسين نظرية وضعت لبيان الفاعلية العلاجية للصدمات الكهربية ، حيث فشلت النظريات ذات التـــوجه الســـيكولوجى فى تفســـير انتظام نتائجهـــا مع اختـــلاف الأعراض (E. Miller, 1967) أما النظـــريات العضوية فمن الســـهل دحضها (Kalinowsky, 1975) •

وقد استشهدت النظريات اللاحقة (انظر مثلا : (Dies; 1968) بنظريات التعلم ، الا أن التفسيرات السيكولوجية الأولية كانت تدور حول خطوط التحليل النفسى • فالخوف الشديد والتوجس الذى يخبره المرضى قبل فقد الوعى باستخدام علاج الميترازول أدى الى وضع عدة نظريات ، تتضمن الاعتقاد بأن المريض حينمـــا يستعيد وعيه يخبر مشاعر الابتهاج لكونه خلق من جديد بعد الموت ، كذلك الاعتقاد بأن التهديد بالموت يحرك غرائز الحياة لدى المريض • ولكن احلال الكهرباء

محل الميترازول قد قلل من خوف كثير من المرضى ، ومع ذلك ظل هذا العلاج فعالا • وحقيقة أن الصدمات الكهربية فعالة بصفة خاصة فى علاج الاكتئاب الذهانى ، حيث ان توهم الشعور بالذنب قد أدى الى النظرية القائلة بأن المريض يرى أن العلاج عقاب له وكفارة لآثامه • ولكن هذا لا يفسر فاعلية الصدمات الكهربية فى علاج الاكتئاب غير الذهانى وفى علاج المرضى الذين لا يعانون من مشاعر الذنب • وربما كانت أكثر الأدلة ضد مثل هذه النظـريات السيكولوجية مبنية على ملاحظة مؤداها أنه لكى يكون العلاج بالصدمات الكهربية فعالا فلابد أن ينتج عنه نوبة صرعية ، الا أن فكرة نقل المريض ببساطة الى حالة اللاوعى ليس كافيا (Miller, Clancy & Cumming, 1953, Brill et. al., 1959 ; Kalinowsky, 1975)

وقد اعتقد المستخدمون الأوائل للعلاج بالصـدمات الكهربية أن العلاجات الصدمية المتنوعة تحدث بعض التغيرات الكيميائية الحيوية فى المخ • فعلى سبيل المثال اقتنع «سيرليتى» بأن الصدمات الكهربية تطلق بعض المواد ذات الحيوية المرتفعة ، ولها خواص دفاعية أطلق عليهـا مصطلح « مواد دفاعية » acroaganines • وليختبر هذه النظرية حصل على معلق سائل متجانس من أمخاخ خنازير صدمت بطريقة متكـررة ، وقام بحقن المرضى السيكياتريين بها •

ولاحظ «سيلى» (Selye, 1955) ــ بعد حوالى عشرين عاما من «سيرليتى» ــ أن الضغط أو الانعصاب Stress غير المحدد يمكن أن يكون له خواص علاجية تحت ظروف معينة • فقد استخدم الجـلد أو الضرب بالسياط فى العصور الوسطى لعلاج المجانين وقد استبدل بذلك العلاج بالحمى وفصد الدم والصيام وصدمة الميترازول وصدمة الانسولين والصدمات الكهربية واجراءات أخرى عديدة من شأنها كلها اثارة الاستجابة غير النوعية للانعصاب •

وفى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات سادت نظرية مؤداها أن العلاج بالصدمات الكهربائية ينتج تفاعلا متزايدا بين الهرمون المنبه للحاء الكظر adrenocorticotrophic hormone (ACTH) والابنيفرين (الأدرينالين) ويعد الأول أساسيا فى علاقته باستجابة الانعصاب (انظر الفصل الثامن) ولكن ربما يكون التفسير الشائع الآن أكثر هو أن العلاج بالصدمات الكهربية يؤدي الى زملة أعراض عضوية بالمخ organic brain syndrome تعوق أو توقف العمليات المعرفية والوجدانية الشاذة بفعل تعطيل الوظائف اللحائية العامة .

الفاعلية

البحوث الموضوعية فى هذا المجال مسألة صعبة (انظر : Costello, 1976) ، ولكن فاعلية العلاج بالصدمات الكهربية تتوقف على عديد من المتغيرات أهمها نوع المرض ومدته .

وتشير المقارنة بين المجموعات التشخيصية المختلفة الى أن العلاج بالصدمات الكهربية — على الرغم من تاريخ نشأته — ذو استخدام محدود فى علاج الفصام (May, 1968) على حين تقتصر قيمته العلاجية على علاج الاكتئاب وبخاصة الاكتئاب الداخلى endogenous (الذهانى) (Royal College of Psychiatrists, 1977) . وتبلغ نسبة الشفاء بالنسبة للسواد الارتدادى involutional melancholia ٨٥٪ ، وتتراوح من ٧٠ — ٧٢٪ لذهان الهوس : الاكتئاب ، وصفر٪ بالنسبة لمرض الفصام (Smith et al., 1942) هذا على الرغم من أن بعض الدراسات الأخرى أوضحت فاعلية العلاج بالصدمات الكهربية لبعض مرضى الفصام الذين لم يستفيدوا من العلاج بالعقاقير (Greenblatt, 1977) .

ويعد متغير مدة المرض أكثر أهمية من متغير نوع المرض فى التنبؤ بنجاح العلاج بالصدمات الكهربية (Kalinowsky & Worthing, 1943; Wechsler, Grosser & Greenblatt, 1965) .

وقد وجد «كالينوسكى ، ورثنج» (Kalinowsky & Worthing, 1943) أنه بالنسبة لمدة المرض التى تقل عن ستة أشهر يبدى ٦٧٪ من المرضى تحسنا ، وللمدة من ١٦ — ٢٤ شهرا يصل معدل التحسن الى ١ر٤٣٪ ، واذا زادت مدة المرض عن ٢٤ شهرا فان نسبة التحسن تبلغ ٢ر٩٪ فقط . وقد وجد « بات » (Batt, 1943) أن معدل الشفاء يكون مرتفعا اذا كان الاكتئاب يعالج فى أول مرحلة من مراحل المرض.

الآثار الجانبية المعاكسة

من الآثار الجانبية المعاكسة الكبرى للعلاج بالصدمات الكهربية « زملة الأعراض العضوية الحادة بالمخ » : الخلط ، فقدان الذاكرة وبخاصة للأحداث القريبة ، اختلال التوجه Disorientation (التوهان) (Cronholm & Ottosson, 1963, Greenblatt, Grosser & Wechsler, 1964 ; Squire, 1975; Squire & Chace, 1975 ; Friedberg, 1977) وهذه التغيرات لا تستمر ، ولكن المرضى يخبرون اختلالا فى التذكر والتعلم أكثر شدة من ذى قبل (Squire & Chace, 1976) .

وقد نتج عن العلاج بالميترازول والاستخدام المبكر للصدمات الكهربية كثير من كسور العظام ، وأكثرها شيوعا كسور الضغط على الفقرات بفعل التقلص الشديد لعضلات الظهر أثناء النوبة ، وتتراوح نسبة حدوث الكسور من ٥ — ٤٧٪ (Stalker, 1938; Easton & Sommers, 1942; Smith et al., 1942) وقد أمكن التقليل من هذه الآثار فيما بعد ، وذلك باستخدام مرخ للعضلات قبل اعطاء الصدمة . وقد تحدث الوفاة بسبب الصدمات الكهربية ولكنها نادرة (أقل من واحد فى الألف) ، ويكون سببها توقفا مفاجئا للقلب (Impastato & Almansi, 1942 ; Kolb & Vogel, 1942 ; Barker & Barker, 1959; Hesche & Roeder, 1976) وهذه نسبة ضئيلة جدا بالمقارنة

بنسبة وفيات مرضى الاكتئاب الذين لم يعالجوا بالصدمات الكهربية اذ تبلغ ١١ — ١٥٪ (Fuller, 1930) .

وللتقليل من الخلط وفقدان الذاكرة الذى يرجع أساسا الى مرور تيار كهربى فى المخ وليس الى حدوث التشنج توضع الأقطاب فى مؤخرة الرأس ومقدمتها لتتنبه نصف الكرة المخى غير المسيطر (D'Elia&Raotma; 1975) ، فهذا التنبيه الأحادى يقلل من اختلال عملية التذكر .
(Lancaster, Steinert & Frost; 1958, Cannicott, 1963, Martin; Ford, McDonald & Towler, 1965, Impastato & Karliner, 1966; Cannicott & Waggoner, 1967 , Halliday, Davison, Browne & Dreeger, 1968 ; Valentine, Keddie & Dunne, 1968 ; Zinkin & Birtchnell, 1968 ; and Costello, Belton, Abra & Dunn; 1970).

ومع ذلك فقد تؤدى هذه الطريقة أحيانا الى فاعلية علاجية منخفضة (Impastato & Pacella, 1952 ; Cannicott, 1962 ; Gottlieb & Wilson, 1965 ; Zamora & Kaelbling, 1965 ; Levy, 1968)

وتعد نتيجة هذه الدراسات محل شك (McAndrew, Berkey & Matthews, 1967 ; Harper & Wiens, 1975).

ومازال الأسلوب المقنن يتضمن بعد ذلك طريقة وضع الأقطاب على الجانبين ، وهى الطريقة التى وضعها أصلا « سيرليتى ، بينى » (Cerletti, & Bini, 1938).

الجراحة النفسية Psychosurgery

الجراحة النفسية هى نوع خاص من جراحة المخ ، وتعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO, 1976) بأنها « ازالة جراحية انتقائية أو تدمير لمسارات عصب ، وذلك نظرا لتأثيرها السلوكى » . ويصفها « بريدجس ، بارتلت » (Bridges & Bartlett, 1977) بأنها «علاج جراحى لأمراض سيكياترية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزة فى أماكن مخية نوعية ، وتتسم بتدمير نسيج تشريحى سليم بهدف احداث

تغير مرغوب فى السلوك ، أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل التوتر والقلق •

التطـــور التاريخـــى

ساد أحيانا لدى الرومان واليونان القدامى وكذلك فى مجتمعات بدائية معينة ، عمل ثقب فى الجمجمة ، وعلى الرغم من أن هذا الاجراء يخفف الضغط على المخ ، فقد كان يعد بصفة عامة مخرجا أو متنفسا للأبخرة والرطوبة أو الأرواح الشريرة التى كان ينظر اليها على أنها المسئولة عن السلوك الشاذ للمريض • وأثناء القرن الثانى عشر أوصى « روجر فروجاردى » Roger Frugardi بالمركز الطبى فى ساليرنو بفتح الجمجمة فى حالات الهوس والسواد (الاكتئاب الشديد) للسماح للسموم والمواد الضارة الأخرى بالهرب • كما قدم «ماركوس أورليوس سيفيرنيوس » توصية شبيهة بذلك أثناء القرن السابع عشر • ولكن الجراحة النفسية كما تمارس اليوم مأخوذة فى الأصـــل من الطبيب النفسى السويسرى « جوتليب بيركهاردت » Gottlieb Burchhardt •

وأثناء القرن التاسع عشر ساد المفهوم البيولوجى للمرض النفسى والعقلى ، وعد المرض النفسى أو العقلى مرادفا للمرض المخى ، وكان السلوك المضطرب لدى أشخاص معينين يعزى الى اضطراب نوعى بالمخ • وبناء على ذلك كانت الجراحة النفسية النتيجة المنطقية لما قرره شخص ما فى أن يمحو السلوك المضطرب عن طريق التدمير الانتقائى للأجزاء المضطربة فى المخ (Chorover, 1974) •

ولاحظ « فردريك جولتز » (Goltz, 1892) أن الكلاب يمكن أن تستثار بسهولة حتى تصبح فى نوبة غضب شديد بعد ازالة كاملة للحاء المخى الجديد Neocortex ولكن اذا كان التدمير يتعلق فقط باللحـــاء الصدغى temporal cortex فانها تصبح أهدأ من الطبيعى •

وقد حدثت هذه الملاحظات التى أثبتها «جولتز» و «بيركهاردت» للقيام بعمليات جراحية لستة من المرضى الذهانيين فى أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات من القرن التاسع عشر ، وقد توفى واحد من مرضاه بعد العملية ، على حين أظهر الخمسة الآخرون بعض التحسن . وحينما كتب « بيركهاردت» تقريرا بهذه النتائج عام ١٨٩٠ نص على أنه : على الرغم من أن بعض الأطباء يؤيدون فكرة « عدم الحاق الأذى بالمريض بأى حال من الأحوال » ، فانه يتبع المبدأ القائل بأنه : « الأفضل أن يكون هناك علاج مشكوك فيه بدلا من عدم وجود علاج على الاطلاق » . ومع ذلك فقد قاوم المجتمع الطبى — فى ذلك الوقت — بشدة عمل «بيركهاردت» .

وفى عام ١٩١٠ قام « لودفيج بيوسب » Puusepp — جراح الأعصاب الروسى — بقطع الألياف الموصلة بين اللحاء الجبهى frontal والجدارى parietal فى أحد جانبى المخ لدى ثلاثة من مرضى الاكتئاب/ الهوس ، ولكن ذلك قوبل بتجاهل كبير ، وذلك كما حدث للأعمال المبكرة لـ«بيركهاردت» . وظل الحال هكذا حتى عام ١٩٣٥ حيث اكتشف أيضا العلاج بغيبوبة الانسولين ، والميترازول وكذلك العلاج بالصدمات الكهربية ، فأصبح المناخ الاجتماعى مهيئا لتطور الجراحة النفسية .

ثم كان التقرير الصادر عن المؤتمر الدولى الثانى فى لندن والذى قدمه متخصصان فى فيزيولوجيا الأعصاب وهما : « جون فولتون ، كارلايل جاكبسون (Fulton & Jacobsen, 1935) عن التغيرات السلوكية الناجمة عن استئصال مناطق الترابط الجبهية frontal association areas فى شقى المخ لدى اثنين من الشمبانزى : « لوسى ، بيكى » . وقد نبه ذلك كلا من «مونيز» Moniz ، «ليما» Lima ، وفى خلال عام طورا أسلوبا للجراحة النفسية استخدماه مع حوالى خمسين من المرضى ، ونشرا كتابا عن هذا الموضوع ، وقاما باجراء عشرين عملية خلال عشرة أسابيع (Chorover, 1974) .

ومن عام ١٩٣٥ حتى ظهور العقاقير المهدئة فى أوائل الخمسينيات ـ أى حوالى عشرين عاما تقريبا ـ قدر عدد جراحات فصوص المخ الجبهية بحوالى سبعين ألف جراحة فى الولايات المتحـدة وبريطانيا العظمى • ويعد « وولتر فريمان » Freeman عميد جراحة فصوص المخ الجبهية فى أمريكا حيث قام باجراء ما يزيد عن ثلاثة آلاف وخمسمائة عملية (Chorover, 1974) كما قام « توث ، نيوتن » (Tooth & Newton, 1961) بمسح لما يزيد على عشرة آلاف من المرضى الذين أجريت لهم هذه العمليات فى بريطانيا العظمى فى الفترة من ١٩٤٢ الى ١٩٥٢ ، وتقع هذه المدة بين الحرب العالمية الثانية والتقدم الكبير فى العلاج الكيميائى • وكان هناك أعداد كبيرة من المرضى الذهانيين المقيمين فى المستشفيات للعلاج ، وقد نظر الى جراحة الفص الجبهى بحماسة أكثر من الحذر ، كما نظر اليها بوصفها مهارة فنية أكثر من الفهم السيكياترى أو الفيزيولوجى العصبى لها (Lancet, 1972, P. 69) •

وفى وقت أحدث من ذلك ، أشار جراحو الأعصاب أنه فى الفترة من ١٩٧١ ـ ١٩٧٣ تم اجراء ٩٧١ جراحة للألم الشـديد والمشكلات السيكياترية فى الولايات المتحـدة ، ٦٧ فى كنـدا (Donnelly, 1978) . وفى الفترة من ١٩٧٣ ـ ١٩٧٥ أجريت حوالى ٢٠٠ ـ ٢٥٠ عمليـة جراحية فى بريطانيا العظمى ، ٨٣ عملية فى أستراليا (National Commission, 1977) •

الأســاس المنطقــى

أثار «بيركهاردت» عام ١٨٩٠ النقاش الدائر حول تمركز وظائف المخ ، ولم يجادل فقط فى أن الحياة النفسية أو العقلية تتألف من عناصر مفردة يمكن أن تتمركز فى أجزاء منفصلة من المخ ، ولكنه جادل أيضا فى حق الجراحين فى قطع أجزاء وفصل الروابط connections المسببة للمرض النفسى أو العقلى (Valenstein, 1973) • وكانت عمليته الأولى

عبارة عن تحويل شخص عدوانى شرس الى شخص هادىء غير مؤذ ، وافترض أن سلوك المريض يرجع الى منبهات حسية من نوع شاذ تصل الى المنطقة الحركية فى اللحاء . ولذلك أجرى سلسلة من أربع عمليات جراحية قطع فيها «بيركهاردت» الروابط بين المناطق الحسية والحركية فى الفص الجدارى الأيمن (Kalinowsky & Hippius, 1969) .

وأظهرت حيوانات « فولتون ، جاكبسون » عام ١٩٣٥ عجـزا ملحوظا فى التذكر والتعلم ، ففى مواقف عديدة فان المنبهات التى كانت تثير لديها من قبل التهيج والاحباط الزائدين أصبحت غير مكترثة لها . وبعد سماع ذلك ، حرك «مونيز» مكان العملية الى الفصوص الجبهية ، على أساس أن ازالة الفص الجبهى يمنع تطور العصاب التجريبى ، ويقلل من سلوك الاحباط لدى الحيوانات . ومن ثم يصبح من المعقول تخفيف حالات القلق لدى الانسان بالوسائل الجراحية . وقد قامت عملياته التالية على النظرية القائلة بأن التدخل الجراحى يمكنه أن يعطل أو يدمر بكفاءة الروابط الخلوية (بين الخلايا) الموجودة فى الفصوص الجبهية فى المخ ، والتى رأى أنها مسئولة عن العمليات النفسية الشاذة. (Greenblatt et al., 1950 ; Kalinowsky & Hippius, 1969; Rees; 1973) .

وأرست فكرة تمركز الوظائف افتراضا أساسيا للجراحة النفسية، فقد اعتمدت كل الطـرق الجراحية التى تطورت بعـد «مونيز» على افتراض مؤداه أن قطع مسارات الأعصاب أو فصلها بين الفصوص الجبهية وسائر أجزاء المخ وبخاصة المهاد وبقية أجزاء الجهاز الطرفى (اللمبى) سوف تخفض من العـذاب الانفعالى الناتج عن الأفـكار المضطربة والهلاوس . وكان يفترض أن الفصوص الجبهية هى مركز التفكير المنطقى والعقلانى ، على حين كان المهاد (وبقية تراكيب الجهاز اللمبى فيما بعد) يعـد مركزا للانفعالات ، فعـلى سبيل المثـال كان « فريمان ، واتس » (Freeman & Watts, 1942) ينظران الى المهاد

على أنه مركز انفعالى مهم يمكن أن يزودنا بالأفكار المرضية ، ورأى كل منهما أن تعطيل الروابط بين المهاد واللحاء الجبهى خطوة ضرورية فى تخفيض ردود الأفعـــال الانفعاليـــة المصاحبة لهـــذه الأفـــكار ، (Greenblatt et al., 1950).

الأســـاليب الجراحيـــة .

لكى يحدث الايقاف الضرورى لمسارات المخ ، برهن الجراحون النفسيون على البراعة ، والمهـــارة التكنولوجية (Valenstein, 1973) (Bridges & Bartlett, 1977) فقد هوجمت الطاقة الاشعاعية المهادية الجبهية Thalamo-Frontal radiation فى جذورها فى المهاد (Spiegel, Wycis &Freed;1949) وفى مسارها (Scoville, 1968) وحتى نهايتها فى الفصوص الجبهية (Pool, 1949) ويتم الوصول الى هذه المناطق من أعلى (Spiegel, Wycis & Freed;1949) ومن الجنب (Moniz, 1936) ومن أسفل (Fiamberti; 1937) ويتم التدخل فى عمـــل هذه المناطق عن طريق القطـــع (Freeman & Watts, 1950) ، أو بوساطة التجلط coagulation الكيميائى (فى البداية أحدث «مونيز» الأعطاب عن طريق الحقن بالكحول) ، أو بوساطة التجلط الكهربى (Spiegel, Wycis & Freed;1949) أو بالتجميـــد (Kelly, Ritchardson & Mitchell-Heggs, 1973) أو بغرس مواد مشعة (Knight,1965, 1969a, 1969b) وأيضا بوســـاطة الموجات فوق الصـــوتية والموجات الاشعاعية المركزة (Lindstrom, 1954) .

ويشار الى الأساليب الجراحية المختلفة بسلسلة ثرية من الأسماء: إستئصال الفص lobectomy (قطع الفص أو الفصين الجبهيين معا أو العمود pole الجبهى) ، الاستئصال الدائرى أو الحلزونى gyrectomy (ازالة اللحاء بقطع الخطوط على طول الشق) ، الاستئصال الصـــغير

أو الجراحة الصغيرة (استئصال متماثل لمناطق نوعية من topectomy اللحاء الجبهى) ، الاستئصال الطوقى الأمامى anterior cingulectomy (ازالة الجــزء الأمامى من فوق التلافيف) ، القطــع تحت اللحائى cortical undercutting ، استئصال الفصين الجبهيين بالتوجيــه المجسم (Knight, 1965, 1969a, 1969b, Rees, 1973)
وهناك أيضا التفضيل الأوربى لكلمة leucotomy بدلا من الجراحة الفصية lobotomy لوصف الاجراء الأكثر شيوعا والذى يعبر ببساطة عن قطع الألياف العصبية التى تربط بين الفصوص الجبهية والمهاد •

وقد أنهى «واتس» Watts ارتباطه «بفريمان» (Freeman, 1948, 1971) حينما أيد الأخير دخول منطقة السطح الحجاجى orbital (المحجرى) مباشرة بعد اعطاء صــدمتين كهربيتين تعملان كمخدر • (Bridges & Bartlett; 1977) • ولكن حدث التطــور الجوهرى فى الأســلوب الجــراحى حينما قدم « سبيجل » (Spiegel, وآخرون Wycis, Marks & Lee;1947) أداة التوجيه المجسم بدلا من المشرط وابرة القطب الكهربى ، واستخدام أشعة اكس لتصوير التراكيب داخل الجمجمة كنقاط مرجعية •

ومع ذلك فان التقدم فى الطرق الفنية يجب أن يوضع فى الاعتبار، وعلى الرغم من أن جراحى الأعصــاب يميلون الى تحقيق شــهرتهم واحترام زملائهم لهم عن طريق تطوير عمليات جديدة أو أجهزة ومعدات جديدة ، أو أن يكون لهم نصيب السبق بأن يكونوا أول من يستخدم التقدم الفنى الجديد ، فان مثــل هذه التجديدات ذات قيمــة علمية محدودة • وعلى الرغم من القيمة الواضحة للانجازات الفنية (اذا لم يوازيها فهم متقدم لآليات (ميكانيزمات) المخ) ، فمن غير المحتمل أن تحقق أى تغيرات أساسية فى الممارسة العلاجية •

الفاعليــــة

عدت الجراحة النفسية فى البداية أكثر كفاءة فى عـلاج حالات التوتر الانفعالى المعجز التى لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى ، فأحسن نتائج توصل اليها «مونيز» (Moniz, 1936) كانت مع المرضى الذين يعانون من الاكتئاب التهيجى Agitated depression على حين أبدى مرضى الفصام المزمن تحسنا طفيفا (Bridges & Bartlett, 1977) وقد فحص « بوست ، ريس ، سكور » (Post, Rees & Schurr, 1968) (٥٢) من المرضى المزمنين المقيمين فى المستشفى والذين خضعوا لجراحة عصبية ثنائية ، فوجدوا أن ٦٩٪ قد شفوا مباشرة من الأعراض الوجدانية الشديدة • كما قام « سايكس ، تريدجولد » (Sykes & Tredgold, 1964) باستعراض لحالة ٣٢٠ مريضا تلقوا جراحة أسفل السـطح الحجاجى أو المحجرى ، ووجدا معدلات تحسن كالآتى : ٦٩٪ للاكتئاب، ٤٤٪ للقلق ، ٣٠٪ فقط للعصاب الوسواسى obsessional neurosis •

ومع ذلك يقع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية ــ من الناحية التاريخية ــ تحت ثلاث فئات تشخيصية كبرى : الفصام المزمن، الحالات النفسجسمية غير المتحكم فيها ، وحالات الألم غير المحتمل ، المرضى ذوى الشخصيات المتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوسواسية الى الحد الذى تعجزهم فيه •

كما أجرى عدد من العمليات لاضطرابات الطباع Character حيث يكـون المرضى عدوانيين من الناحيتين الجسدية أو الجنسية ، ويمثلون خطرا على الآخرين (Roeder & Muller; 1969 ; Brown, 1972a, Kiloh & Smith, 1978) وقد عبر «براون» (Brown, 1972a) عن منطق اجراء هذه العمليات بأن أشار الى أنه على حين أن الشخص يتكلف حوالى ١٠٠٫٠٠٠ دولار تقريبا اذا وضع فى السجن لمدة عشرين عاما ، فانه يتكلف حوالى ٦٫٠٠٠ دولار تقريبا فقــط حينما يقدم له المجتمع العلاج الطبى (كالجراحة النفسية) الذى يحوله الى مواطن مسئول حسن التوافق •

وتتناقض الآراء الى حد ما حول التوسع فى استخدام الجراحة النفسية فى علاج الفصام المزمن ، وكذلك استخدامها مع بعض حالات اضطراب الطباع • أما أهم الحالات التى لا يوصى باستخدام الجراحة النفسية معها فهى : التدهور الانفعالى ، الادمان على الكحوليات ، الادمان على العقاقير •

وهناك تساؤل مهم حول محددات فاعلية العلاج بالجراحة النفسية (كما هو الحال فى الصدمات الكهربية) : هل نوعية الاضطراب مهمة كدوام الاضطراب ، أو مدة الاقامة فى المستشفى؟ ففى عام ١٩٥٣ لاحظ «فريمان» أن الجراحة الفصية اذا أجريت خلال ستة شهور من الاقامة فى المستشفى تعود نسبة ٦٧٪ من المرضى (أى اثنين من بين ثلاثة من المرضى) الى المجتمع المنتج ، فاذا تأخرت الجراحة لستة أشهر أخرى تنخفض النسبة الى ٥٠٪ ، أما اذا تأخر اجراء العملية من عام الى عامين تكون النسبة ٣٣٪ ، أى يستطيع مريض واحد من بين ثلاثة من المرضى أن يعاود كسب عيشه أو الرجوع الى المدرسة • وبعد عشر سنوات تنخفض فاعلية العلاج الى ١٠٪ •

وفى عام ١٩٦٧ قرر «فريمان» أن مدة الاقامة فى المستشفى هى المتغير المهم فى الموقف ، فحوالى ٨٠٪ من مرضى الجراحة الفصية ممن ليس لهم تاريخ سابق فى الاقامة بالمستشفى عادوا الى المجتمع فى خلال عامين ، وذلك بالمقارنة الى ٣٠٪ من المرضى الذين قضوا ١٢ سنة فى المستشفى قبل اجراء العملية • ومع الزيادة فى مدة الاقامة بالمستشفى قبل اجراء العملية نجد تحسنا فى الأعراض ، ولكن التوافق الاجتماعى يتحسن لديهم تحسنا طفيفا ، وكثير من المرضى الذين أخلى سبيلهم كانوا قد دخلوا بيوت الرعاية أو كانوا مع أعضاء من عائلاتهم يساندونهم •

وهناك قليل من الشك فى أن للجراحة النفسية آثارا مفيدة على

حالة المريض النفسية الذاتية ، اذ تخفض العملية من التوتر الانفعالى (الخوف والقلق) المميز لكثير من المرضى الذين يتعرضون لهذا النوع من العلاج ، وبجانب هذا تكون هناك مخاطرة كبيرة من حيث الآثار الاجتماعية الفيزيولوجية المعاكسة ، ويعنى ذلك أن معيار النجاح أو محكه ليس مجرد التخفف من الأعراض ، ولكن فيما اذا كان المريض قادرا على الخروج من المستشفى بعد العملية ، وفيما اذا كان يستطيع الحصول على وظيفة مناسبة أم لا .

وقد أجرى «بيركهاردت» الجراحة لستة من المرضى ، توفى أحدهم بعد الجراحة ، على حين شفى أحدهم من الناحية الاجتماعية ، وعانى اثنان من تعقيدات متصلة بالتشنجات بعد العملية (Greenblatt et al., 1950) . وقد أشرف «مونيز» على اجراء العمليات لحوالى مائة من المرضى ، وكان نجاحه أفضل بدرجة طفيفة من «بيركهاردت» فى جانب واحد ، فبالنسبة للعشرين الأوائل من مرضاه قرر أن ثلثهم شفوا تماما، على حين تحسن الثلث ، ولم يتحسن الثلث الأخير على الاطلاق ، ولكن نجاحه كان أقل من «بيركهاردت» من ناحية أخرى ، حيث أصيب أحد المرضى بشلل نصفى بعد الجراحة الفصية (Valenstein, 1973) .
وفى تقارير تالية لباحثين آخرين ظهر أن ثلثى المرضى الذين استفادوا من العلاج بالجراحة (وقد لوحظ الأمر ذاته بالنسبة الى الصدمات الكهربية قبل ذلك) يدوم تحسنهم بصرف النظر عن الأسلوب الجراحى المتبع ، فعلى سبيل المثال قرر «ميللر» (Miller, 1967) فى دراسة له تتبع فيها ١١٦ من المرضى لمدة عشر سنوات أجريت لهم جراحة فصية قبل جبهية prefrontal lobotomy فيما بين عامى ١٩٤٨ ، ١٩٥٢ ، أن ٦٧٪ من المرضى تحسنوا بشكل كاف للحياة خارج المستشفى .

وقد فحصت عوامل عديدة فى محاولة لتنقية هذا الاجراء العلاجى، فاتضح أن النتائج الاكلينيكية الجيدة تعتمد على ذلك القدر من الفص

الجبهى الذى انفصل عن المهاد ، أكثر من اعتمادها على مكان القطع أو نوعه . وكلما كانت العملية محدودة جدا كانت عديمة الفائدة ، على حين أن العملية كلما كانت متسعة جدا كانت مدمرة ، وقد اعتقد «فريمان» (Freeman, 1967) أن تكرار العمليات أمر يتعين على الجراح أن يحاوله . هذا على الرغم من أن « بريدجس ، بارتلت » (Bridges & Bartlett, 1977) قاما بعرض موجز لتاريخ عمليات الجراحة الفصية الثنائية المتوسطة والقطع تحت الحجاجى أو المحجرى ، واستخلصا أن العمليات المحدودة جدا تؤدى الى نتائج أفضل وآثار جانبية أقل .

وقد أيد « فريمان ، واتس » (Freeman & Watts, 1950) اجراء العملية الأمامية للاضطرابات الوجدانية ، والعملية الخلفية للفصام ، مع ملاحظة أن القطع الأمامى يؤدى الى تغير طفيف فى سلوك المريض، بينما يؤدى القطع الخلفى الى آثار جانبية عصبية معاكسة وتغير فى الشخصية .

الآثار الجانبية المعاكسة

ان استخدام الجراحة النفسية أساسا فى علاج المرضى الذهانيين المزمنين المقيمين فى المستشفيات ، جعل من الصعب التعرف الى الآثار الجانبية المعاكسة لها (Chorover, 1974) الا أنه أصبح من الشائع اجراؤها فى الولايات المتحدة فى الفترة ما بين ١٩٥٦ ، ١٩٥٩ فى علاج حالات التوتر الوسواسى والأمراض النفسجسمية والألم غير المحتمل ، وعندما تنجح العملية تخف هذه الأعراض أو تنتهى ، ولكن المريض غالبا ما يدفع ثمن تحسن أعراضه النفسية الذاتية باحدى طرق ثلاث : الموت ، اختلال الوظائف الجسمية ، تغيرات أساسية فى الشخصية .

المـوت

أى عملية جراحية تحمل فى طياتها خطر Risk الموت ، ويتراوح معدل الوفيات من جراء الجراحة النفسية من ١ — ٤٪ ، ويرجع ذلك عادة الى النزيف الذى لا يمكن التحكم فيه .

اختلال الوظائف الجسمية

الآثار الفيزيولوجية الأكثر شيوعا هى : الصرع ، سلس البول ، السمنة ، ولكن القائمة طويلة ، فقد أحصى «مونيز» عددا آخر منها مثل : اضطرابات العضلات العاصرة ، بطء حدقة العين ، اختلاف حجم العينين anisocoria (عدم تساوى قطرى الحدقة فى العينين) ، التشنجات ، اختلال التوجه disorientation (التوهان) (Greenblatt et al., 1950) كما أوضح « فريمان ، واتس » (Freeman & Watts, 1950) آثارا جانبية أخرى بعد قيامهما بـ ٦١٠ عمليات تناولت ٥٣١ مريضا مثل :الضمور اللحائى cortical atrophy ـ الشلل النصفى الخفيف hemiparesis (شلل عضلى فى أحد جانبى الجسم) الورم الدموى المخى الداخلى المزمن chronic intracerebral haematomas (التجمع الوعائى الزائد للدم المتجلط) ـ الالتهاب السحائى meningitis ـ خراريج المخ brain abscesses أو العدوى الميكروبية ـ همود الرئة atelectasis (اخفاق جزء من الرئة) والالتهاب الرئوى pneumonia ـ التهاب الصفاق (البريتون) peritonitis ـ الصدمة ، التشنجات •

وقد ذكر الصرع كثيرا بوصفه أحد الآثار الجانبية التالية للجراحة النفسية ، وتتراوح نسبة حدوثه بين ١ ـ ٣٠٪ ، وتزيد النسبة فى حالة العمليات الواسعة التى شملت مساحة كبيرة من المخ ، وكذلك مع مضاعفات العملية ، وبعض أمراض المخ • وقد تحدث النوبات مباشرة بعد العملية أو قد تظهر لأول مرة بعد خمس الى عشر سنوات من اجراء العملية • وعندما تحدث النوبات الصرعية بعد مدة طويلة من اجراء العملية ، يكون من الصعب الكشف عنها من قبل الفريق الجراحى أو البحثى ، فنادرا ما يحدث تتبع المريض لمدة طويلة ، مما يجعل من الصعب أن نعزوها الى العملية الجراحية فى حالة الكشف عنها •

تغــيرات الشخصية

لاحــظ « ميللر » (Miller, 1967) أن ٩١٪ من المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية أظهروا عيوبا أو خللا فى الشخصية ، وقد وصفت هذه العيوب بطرق متنوعة ، أولها « فقــدان العمق فى الشخصية » فيتسم المريض بسطحية الوجدان وضحالته ، الرضا عن النفس ، الابتهاج ، اللامبالاة بمشاعر الآخرين (Freeman & Watts, 1950) وثانيا : « التغير فى الدافعية » ويتسم بالقابلية للتشتت ، الفشل فى مواصلة سلوك هادف ، البحث عن الاشــباع المبــاشر للحاجات (Valenstein, 1973) • ثالثا : «التغير المعرفى» ويتسم بعدم القدرة على تركيب المعلومات (Valensteien, 1973) ، انخفاض القدرة على التعلم ، تناقص الانتاج الابداعى (Anderson, 1972) والملمح الرئيس للمريض بعد الجراحة هو تغير السلوك الاجتماعى والسلوك الشخصى المتسم بالقلق • وحينما يكون هذا التغير معتدلا تعد العملية ناجحــة ولكن حينما يصبح متطرفا فقد يتحول القلق الى السيكوباتية (اتصال شخصى Foulds,) ، كاشفا عن رذائل عديدة ــ وما ذلك الا النمط السلوكى الذى يشار اليه على أنه « زملة الفص الجبهى » •

موضــوعات عــامة

استمرت المجادلات التى أحاطت بأول عملية أجراها «بيركهاردت» فى ٢٩ ديسمبر عام ١٨٨٨ ، فقد صدر قرار من قبل وزارة الصــحة السوفيتية عام ١٩٥١ بحظر عمليات الجراحة الفصية ، كما كانت الجراحة النفسية موضوعا للتحقيق فى الكونجرس الأمريكى عام ١٩٧٣ • وقد امتدت المناقشة فيما وراء الطب النفسى والطب والعلم لتشمل الأمور السياسية والأخلاقية (Gaylin et al., 1975 ; Smith & Kiloh, 1977) ومن الاعتراضــات الأســاسية الاعتقــاد بأن تدمير جــزء من المخ سليم من الناحية التشريحية ، انما يأخذ من المريض ما هو ذو قيمة

مظهرية ، كما أنه من المحتمل أن تغير العملية الجراحيـــة الاضطراب الوظيفى (الذى يمكن أن يتحسن) الى اضطراب عضوى لا رجعة فيه ولا شفاء منه •

ووصف «جيلين» (Gaylin, 1973) الجراحة النفسية بأنها تشبه عصا مضيئة ، وأنها نقطة بؤرية تتجمع حولها مشكلات كثيرة • وترتبط هذه المشكلات بتمركز الوظائف ، وما اذا كان المخ يمكـــن اعتباره مستقرا للروح أو النفس ؟ وهل المخ هو المتحكم فى العقل؟ هذا بالاضافة الى تعريف الصحة النفسية والمرض النفسى ، وما اذا كان من الممكن التعميم من الحيوان الى السلوك الانسانى والى أى درجة ، فضلا عن مسألة التحكم السياسى والقانونى فى العلم • وبعض هذه المشكلات يمكن حلها بمزيد من البحث ، ولكن بعضها الآخر سيظل قائما كما هو : مجرد اعتقادات غير مختبرة علميا ، أو أحكام ذات قيمة اجتماعية •

ملخص وخاتمـــة

تعتمد أساليب العلاج البيولوجية على افتراض مؤداه أن السبب الأولى لكل من الأعراض الذاتية والسلوكية للمرض النفسى والعقلى يكمن فى التركيب البيولوجى للفرد • ومن الناحية الفنية نجد أن هذه الأساليب متطورة بدرجة عالية ، الا أن النظرية القائمة عليها تتســـم بالضعف ، وتتصف فى كثير من الأحيان بالمغالطة المنطقية •

وهناك تأكيد متكرر على مرض الفصام فى التطور التاريخى لهذه العلاجات ، ولكن أساليب العلاج البيولوجية المتنوعة تمدنا ــ بصفة عامة ــ بعلاج لمدى واسع من الأعراض مثل : القلق ، الاكتئاب ، الهلاوس ، التوهمات ، السلوك القهرى والعدوانى •

الفصل الثانى عشر

أساليب العلاج السيكولوجية

ترتبط أساليب العلاج السيكولوجية مباشرة بالنظريات السيكولوجية لأسباب الأمراض ، والافتراض الأساسى فى هذه النظريات هو أن السبب الجوهرى للسلوك الشاذ يكمن فى ذهن المريض أو عقله ، وتشتمل هذه الأساليب على طرق فنية متنوعة مصممة لتعديل تفكير المريض ، وكذلك المقدمات والافتراضات والاتجاهات التى تشكل ادراكاته وتكمن وراءها •

وتتطابق أساليب العلاج السيكولوجية تقليديا مع العلاج النفسى psychotherapy الذى حدد أهدافه « كوران ، بارتريدج » Curran & Partridge, 1957, P. 353) بأنة « التخفف من الأعراض ذات المنشأ النفسى والتخلص منها ، من خلال التحكم فى الاتجاهات التى أدت الى تطور هذه الأعراض » • ومن التطورات الأكثر حداثة ما يشار اليها ببساطة على أنها « علاجات اعادة البناء المعرفى » cognitive restructuring (Kelly, 1955 ; Ellis, 1962) •كما تعرف العلاجات السيكولوجية كذلك على ضوء الاجراءات المتبعة مثل « علاجات الدلالات اللفظية » semantic therapies أو « الشفاء بالكلام » talking cure .

وحتى نلقى الضوء على العلاقة بين العلاج النفسى والمقابلة الشخصية التى ذكرت فى الفصل الثالث ، يعرف «شوبن» (Shoben, 1953, P. 125) العلاج النفسى بأنه : « نوع خاص من العلاقة

الاجتماعية بين شخصين يعقدان محادثات دورية ، لمتابعة أهداف محددة ألا وهى تقليل المشقة الانفعالية والضيق وتغيير جوانب سلوكية أخرى متنوعة » ٠

والعلاج النفسى هو التطبيق المنظم لاجراءات يستخدمها كل فرد فى التفاعلات السوية بين الأشخاص : فمحاولة ادخال البهجة على نفس صديق حزين ، أو تهدئة شخص غاضب هى ممارسة للعلاج النفسى ٠ فهو محاولة لاستخدام الكلمات والأفكار والعلاقات بين الأشخاص لاصلاح الحالة الانفعالية المضطربة لدى شخص آخر ٠ والحديث عن احدى الخبرات المثيرة للقلق هو مثال من حياتنا اليومية لما يشير اليه المعالجون النفسيون على أنه التنفيس أو التصريف الانفعالى abreaction ٠ ورؤية أحد الأشخاص مقهورا فى موقف مهدد بالنسبة له ، ومحاولة الآخرين مساعدته ، ومناقشة هذا الموقف بطريقة موضوعية ، هو مزيج مما يشار اليه بالعلاج المساند supportive والعلاج بالاستبصار insight (Allexander, 1946) ٠

وهناك عدد من الأبعاد لأساليب العلاج السيكولوجية ، والتى تمدنا بطريقة لتحديد المناحى العلاجية المختلفة وتصنيفها ٠ ومن أهم هذه الأبعاد مدى اهتمام المعالجين بالتنبيه stimulation أكثر من التأييد أو المساندة ، وكذلك المرحلة التى يؤكدون عليها فى التاريخ الطبيعى للمقابلة العلاجية ، فضلا عن البناء النفسى الذى يتجهون اليه٠

التنبيه فى مقابل المساندة

حينما يدخل المريض فى العلاج النفسى فانه يصبح معتمدا على شخص آخر بوصفه وسيلة لتحقيق الصحة النفسية ، مما يقوده الى حياة مستقلة ٠ ومن الضرورى أن يمد المعالج مريضه بالتأييد والمساندة، وذلك ليقاوم افتقاره للثقة فى النفس الذى يصاحب عديدا من صور

المرض النفسى ، وفى الوقت ذاته ينبهه حتى يعبر عن نفسه ، ويعدل من سلوكه •

وسوف يتحدد التوازن بين التنبيه والمساندة (التأييد) من خلال قوة المريض ، وقد يتغير أثناء مسار العلاج • ويؤكد بعض المعالجين بشدة على المساندة أو التأييد (أمثال «روجرز» : العــلاج النفسى المتمركز حول العميل Client Centerd Psychotherapy) بينما يعطى معالجون آخرون أهميــة أكبر للتنبيه (أمثال « اليس » : العــلاج العقلانى ــ الانفعالى Rational-Emotive Therapy ، «مورار» : العلاج التكاملى integrity therapy) •

التاريخ الطبيعى للعلاج النفسى

كما فى المقابلة الشخصية ــ وتقريبا فى كل شىء ــ يمكن تحديد ثلاث مراحل متداخلة للتاريخ الطبيعى للعلاج النفسى : البــداية ، الوسط ، النهاية •

ويبدأ العلاج النفسى بتكوين علاقة ملائمة بين المعالج والمريض ، وهو ما يشار اليه غالبا «بالألفة» rapport ، وتتأثر هذه العلاقة بالبيئة الفيزيقية التى يجرى فيها العلاج : تأثيثها ، ترتيب الجلوس (Colby, 1951) اتجاه المعالج وأسلوبه ، الوقت من اليوم ، أى يوم فى الأسبوع ، مدة الجلسات العلاجية ، كما تتأثر أيضا بالأجر (Haak,1957) •

واذا تحققت هذه الألفـــة فلابد من مواصلتها ، وتؤدى المرحلة الأولى الى الثانية ، وبذلك يمكن مباشرة العملية العلاجية الرئيسة ، وهى عملية مكررة تحدث فيها أربعـــة أشياء مختلفة : اذ يشجع جو المساندة والتأييد المريض على التعبير عن مشاعره واتجاهاته ، وهى عملية يشار اليها « بالتنفيس أو التصريف الانفعالى » ، وينتج عنها تخفف من الطاقة الانفعالية أو «التفريغ» catharsis ، وحينما تتضح هذه المشاعر والاتجاهات تؤول من قبل المعالج ، ويلى ذلك زيادة فى

وعى المريض بمـا يفعله ، ولماذا يفعله ، وهذه الزيادة فى الوعى أو «الاستبصار» تعد أول خطوة فى تغيير الشخصية والارتقاء الى سلوك أكثر ملاءمة ٠

وحينما يحدث التغير الكاف يكون ذلك وقت مباشرة المرحلة الأخيرة فى العلاج : «النهاية» ٠ والاعداد لهذه المرحلة يمكن أن يحدث بشكل طبيعى أثناء الجلسات العلاجية الأولى ، عندما يكون المريض قد طور ثقة متزايدة بنفسه ، ويشجع ليصبح أكثر استقلالا ٠ ومع ذلك فمن الأهمية بمكان أن نعد «النهاية» قطعا حاسما للعلاقة الاعتمادية ، ولكنها ليست حاسمة الى درجة معاناة المريض من انتكاسة ، وشعوره بأنه لا يستطيع العودة الى المعالج من أجل تلقى مساعدة أو توجيه اضافى ٠ (Maholick & Turner, 1979)

البنـاء النفسـى

هناك عدد من الأبنية المختلفة محددة فى الذهن ، ويمكن احـلال الادراكات والذكريات والمشـاعر والانفعالات والأفكار والقـرارات والاندفاعات ٠٠٠ الخ محل التحليل التقليدى الذى يتضمن العمليات المعرفية والوجدانية والنزوعية ٠ ونستطيع النظر الى كل بناء من هذه الأبنية على أنه محدد أولى للسلوك ، وبهذا ترتبط النظريات المختلفـة المتصلة بأسباب الأمراض التى حددت فى الفصل العاشر بما يقابلها من أساليب العلاج السيكولوجى ٠

وعلى الرغم من التأكيد الشائع على الاجراءات ، فان تصور المعالج عن السبب الأولى للسلوك الشاذ ، والهدف العلاجى الذى يترتب على ذلك هو الذى سينظم الوصف التالى الذى سنعرض له ٠

العلاجات النفسية الدينامية

وضع «فرويد ، يونج» مفهوما للعقل على ضوء نموذج بيولوجى فى المقام الأول ، واتجها الى المنحى التحليلى ، وحددا بناءات وقوى

مختلفة — وغالبا ما تكون متعارضة — تضطلع بالوظائف النفسية •
ولذلك يشار اليهما على أنهما من أصحاب النظريات النفسية الدينامية ، وبالتالى تعد العلاجات التى قدماها « علاجات نفسية ديناميــة » ، وأبرزها وأكثرها شهرة : « التحليل الفرويدى التقليدى » •

التحليل النفسى التقليدى

نما التحليل النفسى psychoanalysis على يد «سيجموند فرويد» S.Freud خلال الجزء الأخير من القرن التاسع عشر بوصفه أسلوبا علاجيا للاضطرابات العصابية وبخاصة الهستيريا • ويقوم التحليــل النفسى على افتراض مؤداه أن السلوك الشاذ هو تعبير سلوكى عن صراعات نفسية داخلية •

فيعتقد «فرويد» أن كل واحد منا يكبت أو يدفع من الشــعور الخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق ، والرغبات والصراعات كذلك • وعلى الرغم من كبت الصراعات فتصبح لاشعورية ، فانها مع ذلك تؤثر فى السلوك الشخصى والاجتماعى ، ولذلك لا يعى الناس غالبــا السبب الحقيقى فيما يقولون أو يفعلون •

وبذلك صيغ الهدف المباشر من التحليل النفسى على أنه « جعل ما هو لا شعورى ، شعورى » • وعلى المعــالج اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التى يفترض أنها تحدد سلوك المريض ، ويجعله المعالج على وعى بها ، ثم يساعده على التعامل معها بطريقة أكثر ملاءمة •

ومع ذلك ، فمن الجدير أن نلاحظ أن رأى «فرويد» قد تغير فيما يتعلق بأهمية الجزء الأول من هذه العملية ، ففى كتاباته الأخيرة (عام ١٩٣٧) إعترف بأن المريض كثيرا ما لا يستطيع استجماع كل ما كبته ويتذكره • وبدلا من ذلك ، فانه ادا ما أدير التحليل بشــكل صحيح ، يصبح المريض مقتنعا بصدق التفسير أو التأويل الذى يقدمه

المحلل ، ويحقق ذلك النتيجة العلاجية ذاتها (Chodoff, 1966) .

الطرق الفنية العلاجية

بالاتساق مع العمق والشمولية اللتين تتسم بهما نظرية «فرويد» بصفة عامة ، فان عملية التحليل النفسى التقليدى تعــد عملية طويلة ومركزة ، اذ تتطلب خمسين دقيقة يوميا ، بواقع أربعة أو خمسة أيام أسبوعيا ، لمدة تتراوح بين عامين الى سبعة أعوام ، مع التأكيد على أهمية جميع المراحل العلاجية . ومن خلال اطار العمل هذا ، تتســم الطرق الفنية للتحليل النفسى التقليدى بالاعتماد على التداعى الحــر free association وتفسير أحلام المريض ، بالاضافة الى التأويل النوعى للطريقة الخاصة التى يعبر بها المريض عن مشاعره وأفكاره وعلاقته بالمعالج .

وكان الهدف من عــلاج المرضى الهستيريين فى الفترة ما بين ١٨٧٠ ــ ١٨٨٠ هو دفع المريض أن يتذكر الخبرة المكبــوتة ، وكان «فرويد» يقوم بذلك فى البداية خلال التنويم الايحائى hypnosis ، ولكن لم يكن من السهل أن يستجيب جميع المرضى للتنويم الايحائى، فكان «فرويد» يلجأ أحيانا الى الايحاء المباشر ، مدعما اياه بالضغط اليدوى على جبهة المريض . وقد عالج « جوزيف بروير » خلال الفترة ما بين ١٨٨٠ ــ ١٨٨٢ سيدة هيستيرية ، واكتشف أن مجرد الكلام عن خبراتهن وأعراضهن يؤدى الى تحسن اكلينيكى ملحوظ (Breuer & Freud; 1893; 1895) . وبالتدريج أحل «فرويد» التداعى الحر محل التنويم الايحائى والضغط على جبهة المريض (E.Jones, 1953 , Stewart; 1967) .

والتداعى الحر هو الطريقة الفنية الرئيسة لتعرية المادة المكبوتة، واستخدامه يميز التحليل النفسى عن غيره من أشكال العلاج النفسى. ويستلقى المريض عادة على أريكة مريحة ، ويجلس المعــالج خلفه ، مشجعا اياه على التعبير عن كل أفكاره ومشاعره ورغباته بصرف النظر عن التقاليد الاجتماعية والمواضعات أو المنطق أو النظام ، ودون النظر

لأهميتها أو تفاهتها ، وأيضا بغض النظر عن مشاعر الخجل أو الارتباك • ومن المعتقد أن هذا التعبير الحر غير المكفوف عن الأفكار يؤدى الى التعرية التدريجية للصراعات المكبوتة ، وتفريغ التــوتر الانفعالى • وبوساطة التفسير المناسب لما باح به المريض عن طريق التداعى الحر ، يستطيع المعالج مساعدته للوصول الى استبصار بمحددات سلوكه التى لم يكن يعيها •

ومن المحتمل أن يكون استخدام الأريكة فى التحليل النفسى هو الطريق الوحيد المقبول اجتماعيــا حيث يستطيع المحلل التحدث الى مريضه ، بينما يمكث الأخير خارج مجال ابصاره ، وبذلك يكون حرا فى مراقبة ردود أفعاله غير اللفظية • وبالاضافة الى ذلك فان استلقاء المريض على ظهره يجعله ينظر الى سقف الحجرة بشكل آلى ، وهو أقل مكان فى الحجرة اثارة للتشتت ، كما يشجعه المعالج على الاسترخاء كما لو كان نائما • وحيث يصاحب الاسترخاء والنوم خفض لنشاط الأنا ، تضعف بالتالى دفاعات المريض ، ويكــون من السهل استثارة المادة المكبوتة • وحينما يجتمع هذا مع الحد الأدنى من التدخل البيئى فى استثارة الاستجابات اللفظية ، فان الظروف ستكون مثالية للتعبير عن الأفكار المكبوتة •

وتفسير الأحلام هو امتداد منطقى للتداعى الحر ، فحيث أن «الأنا» تكون ضعيفة أثناء النوم ، فان الكبت لن يكون قويا ، فبعض المواد اللاشعورية تصبح شعورية ، حيث تحاول اندفاعات «الهو» أن تحصل على الاشباع من خلال الوفاء بالرغبات • ولكن ذلك يحدث بشكل رمزى ومقنع مستتر ، حيث ان الأنا ــ على الرغم من ضعفها ــ مازال دفاعاتها موجودة • ويهتم المحلل بالمضمون الظاهر Manifest content للحلم بوصفه مصدرا ثريا للمعلومات ، ويفسره ليكشف عما يشار اليه على أنه المضمون الكامن Latent content .

ولا تعد العلاقة التى تنشأ بين المريض والمعالج أداة للعــلاج النفسى فقط ، ولكنها يمكن أن تكون تعبيرا غير لفظــى عن المشاعر والاتجاهات التى تشكل مضمون المقابلة الشخصية العلاجية النفسية • ومعظم هذه المشاعر والاتجاهات تكون ملائمة ، وحينما تكون غير ملائمة فانهــا تؤدى الى علاقة «تحولية» ، اذ تحــدث ازاحة أو تحــويل transference لهذه المشاعر والاتجاهات من الأشخاص المهمين فى ماضى المريض عندما يعيش هذه العلاقات مرة ثانية فى تفاعله مع معالجه، وحيث ان كل أشكال العلاج النفسى تعتمد ـــ الى حد ما ـــ على مثل هذه العلاقات التحولية ، فان التحليل النفسى هو العلاج الوحيد الذى يعطى أهمية مركزية للتفسير المنظم لهذه العلاقات (Greenson, 1959; Buckley Karasu & Charles, 1979) .

دواعى استخدام التحليل النفسى

لا تعد الفئات التشخيصية النوعية مؤشرا قاطعا لدى مناسبة المريض للتحليل النفسى • ويوجه التحليل النفسى لعــلاج الصراع العصابى ، ولكن لابد أن يكون لدى المريض مقدرة عقلية لتفهم التفسيرات السيكولوجية لسلوكه ، ولابد أيضا أن يكون لديه الدافعية الكافيــة والتوافق الاجتماعى المناسب لمواصلة الجلسات العلاجية بانتظام لفترة ممتدة من الزمن • وقد عبر «جرينسون» (Greenson, 1959, P. 1405) عن هذا بقوله : « لابد أن يكون الشخص عصــابيا سويا نسبيا دون تحويرات أو انحرافات » حتى يحلل نفسيا •

وقامت التفرقة أيضا بين الدافعية للبحث عن العلاج والدافعية للبحث عن تغيير فى الاتجــاه أو السلوك (Appelbaum, 1972) . ان الشخص يبحث عن العلاج لأسباب كثيرة منها : تجنب السجن ، والتخفف من الضغط الاجتماعى للأصدقاء والأقارب ، ومع ذلك قد لا يكون لديه اهتمام بتغيير أى من اتجاهه أو سلوكه فى الحقيقة •

تقييـم التفسير

اذا كان الهدف المباشر للتحليل النفسى قد صيغ بطريقة : « جعل اللاشعورى ، شعورى » ، فان ذلك مجرد وسيلة للوصول الى غاية . ان الهدف من التحليل النفسى هو تغيير الاتجاهات والمعتقدات وردود الأفعال الانفعالية للمريض ، فالتحليل النفسى فى الحقيقة محاولة لاعادة بناء شخصية المريض .

ويهدف التحليل النفسى بشكل خاص الى اعطاء المريض مزيدا من الاستبصار بالأسباب التى تؤدى به الى التصرف على نحو معين، ولماذا يشعر بمشاعر معينة ، وبالتالى يصبح سلوكه متضمنا ردود أفعال انفعالية قليلة ، وينحو أكثر نحو الأفعال المحددة على أساس عقلانى منطقى . وحينما لا تكون هناك حاجة لكبت الأفكار ويكون فى استطاعة الشخص التحكم فى دفعاته الملحة غير المقبولة ، يصبح المريض بالتالى أقل قلقا وتوترا وأكثر استرخاء . بالاضافة الى ذلك فان الطاقة التى كانت تستخدم للتعامل مع الأفكار المكبوتة والاندفاعات غير المقبولة سوف تصبح متاحة لاستخدام المريض لها فى تفاعلاته مع بيئته ، كما يرتفع تحمله للاحباط ، وتتحسن كفاءته فى التعامل مع بيئته ، ولذلك يمكن أن يقيم التحليل النفسى التقليدى ــ سلوكيا ــ على ضوء زيادة العقلانية والاسترخاء وتحمل الاحباط .

العلاج النفسى التحليلى ليونج

أشار «يونج» Jung الى أنه ليس لديه أسلوب فى العـلاج ، وأن كل محلل لابد أن يصنع أسلوبه ، ولكن العلاج النفسى التحليلى له مـلامح معينة مميـزة (Henderson & Wheelwright,1974) ، اذ يؤكد على أربعة جوانب فى العملية النفسية العلاجية : ١ ــ الاعتراف أو التعبير (التفريغ) ، ٢ ــ التوضيح والتفسير ، ٣ ــ التربية أو التكيف مع المتطلبات الاجتماعية ، والتحول transformation ، (التفرد)

individuation ، حيث يطور المريض شخصيته الفـــريدة (G.Adler; 1967) • وعلى الرغم من أن «يونج» قد استخدم الطرق الفنيـــة الأساسية ذاتها مثل «فرويد» وبوجه خاص : التداعى الحر ، والتقييم المستمر ، واعادة التقييم للعلاقات التحولية ، فانه أضاف اليها أيضا طريقتين هما : « حلم اليقظة النشط » active daydream وكذلك « الافاضة أو الاسهاب » amplification •

وأحلام اليقظة النشطة هى تعديل «يونج» للتداعى الحر ، اذ يشجع المريض على أن يحلم أحـــلام يقظة ، وذلك ليطلق العنـــان لتخيلاته ، وبذلك تكون التخيلات غير محددة اراديا ولكنها تأتى تلقائية• ولابد أن يتصرف المريض بعد ذلك كما لو كانت هذه التخيلات حقيقية• وتكمن القيمة العلاجية لهذه الطريقة الفنية فى هذا السلوك (النشاط) وليس فى التخيل • ولا يعتقد يونج أن النشاط التخيلى له قيمة علاجية فى حد ذاته ، ولكنه وسيلة يمكن أن يتفاعل بها المريض شعوريا مع مواد لاشعورية ويتعامل معها (Gendlin, 1975) .

والافاضة أو الاسهاب هى تطوير «يونج» للمرحلة التأويلية فى المقابلة العلاجية • اذ تعد تيسيرا للمواجهة بين حاجات الشخص الحالية وميراثه القديم ، ولذلك فهى تزودنا بأوسع سياق لتأويل لا شعور المريض •

نقد العلاجات النفسية الدينامية

العلاجات النفسية الدينامية ذات طبيعة تاريخية ، انها تفحص ماضى المريض حتى تفهم سلوكه الحالى ، كما تفحص ذكريات الطفولة والأحداث السلفية القديمة والاتجاهات والمشاعر التى تعد السبب فى اضطرابات الرشد • وتولى العـــلاجات النفسية الدينامية اهتمامهـــا الأساسى بالعصاب ، ويعتمد هذا الأسلوب على مقدمة مؤداها أن المعرفة قوة ، فالشخص الذى يعرف سبب سلوكه ، يستطيع بعد ذلك أن يتحكم

فيه • ومع ذلك يميز التحليل النفسى بين الاستبصار العقلى والاستبصار الانفعالى ، فاذا عرف المريض سبب سلوكه ولكنه اشترك فى مناقشة عقلية مبررا سلوكه أكثر من محاولته تغيير هذا السلوك فان مشكلته ستتعقد •

وتركز كثير من الأساليب العلاجية السيكولوجية الأخرى على علاج الاضطرابات غير الذهانية ، ولكن قليلا منها هو الذى يركز فيه المعالج النفسى الدينامى على ماضى المريض وعلى أهمية الاستبصار • وفى الحقيقة فان كثيرا منها قد نبع بوصفه رد فعل لهذه الأفكار •

العلاجات النفسية الذاتية
Subjectivist Psychotherapies

ترتبط الأساليب الذاتية للعلاج النفسى بشكل مباشر بالنظريات الذاتية لأسباب المرض • وتؤكد هذه العلاجات على أن الناس تستجيب للعالم على ضوء ادراكها الذاتى لهذا العالم ، كما تؤكد على أن المحدد الأولى للسلوك الشاذ هو الادراك الشاذ للعالم ، وبالتالى فهم يهتمون بالشعور أو الوعى ، وبالظروف الراهنة (هنا والآن) أكثر من اهتمامهم باللاشعور وذكريات الأحداث الماضية ، ويركزون على المشاعر أكثر من الاستبصار والفهم •

ومن أبرز مظاهر الادراك الشاذ النمطية مفهوم الذات الشاذ abnormal self concept • ولهذا يكون هدف العلاج هو تطوير مفهوم صحى للذات • ويفترض أنه كلما تحسن مفهوم المريض عن ذاته تحسن سلوكه العام وتوافقه •

وعلى نقيض المفهوم النفسى الدينامى للنمو النفسى الذى يحدث بوصفه محصلة للتصارع بين القوى النفسية الداخلية ، تفترض كثير من العلاجات الذاتية قوة واحدة للحياة فى شكل امكانية فطرية للنمو

الصحى والابداعى • فاذا توافرت البيئة السليمة لتحقيق الذات نتج عن ذلك حتما الفرد العقلانى • ولذا تعطى العلاجات الذاتية أهمية شديدة للمرحلة الأولى فى العملية العلاجية وهى تكوين العلاقة ، وذلك لكى ينمو مفهوم الذات لدى مرضاهم بشكل صحى •

العلاج النفسى المتمركز حول العميل (غير الموجه)

نبع العلاج النفسى المتمركز حول العميل من عمل «كارل روجرز» Rogers ، فى عيـادة جامعية للارشـاد ، حيث كان المرضى أساسا أشخاصا صغار السن ممن يمرون بمشكلات شخصية تتعلق بعلاقاتهم الاجتماعية ومستقبلهم المهنى وكذلك هويتهم •

ويقوم هذا النوع من العلاج على افتراض مؤداه أن الفرد قادر — بشكل فطرى — على فهم أسباب مشكلاته . كما أنه قادر على أن يعيد تنظيم حياته بطريقة يتغلب بها على مصاعبها • وقد تعاق هذه القدرات بفعل افتراضات خاطئة وصراعات انفعالية ، ولكـن يمكن استعادتها و تنشيطها اذا ما استطاع المعالج مجرد أن يقيم علاقة دافئة أساسها فهم المريض وتقبله • ولهذا فالهدف المباشر للعلاج هو ازالة الافتراضات الخاطئة ، وتحرير المريض ومساعدته على تقبل ذاته الفريدة ، وعلى أن ينمو ويتغير بطريقة طبيعية خاصة به •

الطريقة الفنية العلاجية

يشتق اسم العلاج المتمركز حول العميل — أو غير الموجه — من حقيقة مؤداها أن كل فرد يمتلك قدرة فطرية على التغير الموجه ذاتيا ، فالمريض هنا يتحمل كثيرا من مسئولية العلاج : مساره ونتيجته • وتهتم الطريقة الفنية العلاجية — أساسا — بتطوير علاقة علاجية قوامهـا الدفء والتقبل والفهم • ولا يعطى هنا وزن لعلاقة «التحويل» فى حد ذاتها ، بل يقدم تفسير قليل جدا لعبارات المريض وردود أفعـاله •

ويقتصر دور المعالج على تقبل المريض كما هو ، مبديا نظرة ايجابية له ، وموضحا اتجاهاته ومشاعره الكامنة وراء ما يقوله •

وتبعا «لروجرز» (Rogers, 1961, P. 185) فان العلاج الناجح المتمركز حول العميل حينما يتم فى ظل ظروف مثلى ، فانه يدخل المعالج فى علاقة شخصية مركزة مع عميله ، بحيث تسود فيها مشاعره على السيطرة العقلية ، ويكون مشاركا أكثر منه ملاحظا • وبالنسبة للعميل نجد هناك تأكيدا مشابها على أهمية معايشة خبرة المشاعر المتنوعة المدى ، وذلك حتى يتأكد من أنه ليس فى حاجة الى أن يخشى هذه المشاعر ، ولكن يمكنه أن يرحب بها ويتقبلها بحرية كجزء من تطوره أو نموه • وكلما أصبح العميل أكثر وعيا بمشاعره وخبراته يصير مفهومه عن ذاته أكثر انطباقا مع الواقع ، فاذا أمكن الوصول الى التطابق الكامل ، يستطيع الشخص توظيف كل طاقاته بشكل صحى وسليم •

دواعى استخدام العلاج النفسى المتمركز حول العميل

يستخدم العلاج النفسى المتمركز حول العميل — مثل معظم العلاجات النفسية الذاتية — أساسا مع الأشخاص المتزنين نسبيا ، ممن لديهم القدرات العقلية والتكامل الشخصى الضرورى للتعامل مع مشكلاتهم بالحد الأدنى من توجيه المعالج • ومن لا يمتلك هذه الصفات يجب أن يعالج بطرق أخرى •

العلاج الجشتالطى

العلاج الجشتالطى Gestalt Therapy منحى انسانى فى العلاج، وهو يؤكد على الطبيعة الكلية للفرد ، لا على التجزئة التحليلية للعلاجات النفسية التحليلية ، ويرتبط باسم « فريتز بيرلز » (Perls; 1969; Perls et al.; 1951) ، وحركة جماعة المواجهة Encounter group فى المدة من الستينيات الى أوائل السبعينيات من هذا القرن ، ويقوم

على افتراض مؤداه أن النمو السوى والوظائف السوية يعتمدان على الوعى الكامل بالأحاسيس الجسمية والحاجات النفسية ٠

وفى نهاية حياته تضايق «بيرلز» من محاولة المعالجين الجشتالطيين تعلم الطرق الفنية ، بدلا من أن يدعوها تتبع من شخصياتهم (Kempler, 1973) ٠ وقد كان «بيرلز» نفسه صريحا ونشيطا ، وكان رجلا خلابا ، ووصف بأنه تلقائى ، أمين ، فريد ، اذا قصده أى واحد من مرضاه باحثا عن اهتمام ايجابى غير مشروط ، فانه سيصاب بخيبة أمل ، اذ كان «بيرلز» يفضل مواجهة مرضاه بسلوكهم ٠

نقد العلاجات النفسية الذاتية

تقوم العــلاجات النفسية الديناميــة (التحليلية النفســية) على افتراض وجود محددات لا شعورية للسلوك ، ولذا تتبنى نموذجا معرفيا علميا ، يتحدد فيه دور المعالج على أنه الخبير الذى يكتشف أسباب السلوك الشــاذ للمريض ، ومن ثم يفسر ذلك للمريض ٠ أما العلاجات النفسية الذاتية فلا تتقبل فكرة المحددات اللاشعورية للسلوك ، ولذا تتبنى نموذجا وجدانيا مضادا للعلم ، يشجع فيه المريض على تغيير سلوكه عن طريق المعالج ، الذى يمده فقط بفهم البيئة ، وزيادة وعيه بالسلوك غــير التكيفى بدلا من البحث عن التفسيرات السببية ٠ ولكن تسمية العلاج النفسى المتمركز حول العميل بأنه غير موجه هو اغفال للطبيعة الانتقائية للأفكار والتعليقات التى تصدر عن المعالج ، والتى لا تحدث بشكل عشوائى ، ولكن استجابة للعبارات التى يعتقد المعالج أنها ستجلب أفكارا أعمق للمريض ٠

وقد وجه النقد بشدة لافتراض « كارل روجرز » بأن الفرد سوف يفعل ما هو صواب وصحى ــ بشكل آلى ــ اذا ما توافرت له بيئــة دافئة تتسم بالتقبل ٠ اذ لا تتوافر أدلة تؤيد الفكرة القائلة بأن اهتمام الفرد بذاته لا يصطدم باهتمام الآخرين بذواتهم ، اذا ما كان الشخص

متحررا من القيود الاجتماعية . هذا فى حين رفض العلاج الجشتالطى على اعتبار أنه غير محدد بشكل جيد ، كما يفتقر الى الصياغة الواضحة للأهداف العلاجيـــة (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) .

وبوجه عام ، غض البصر عن المنحى الذاتى اذ يتسم بالسذاجة والتفاهة والعاطفية وعدم الصدق (Millon, 1973, P. 267) .

العـــلاجات المعرفيـــة

ان الاستبصار ، وفهم أسباب سلوك الشخص ، وكذلك زيادة الوعى بهذا السلوك ذاته ، بما فى ذلك الاحساسات الجسمية والحاجات النفسية ، كلها عمليات معرفية أكد الباحثون عليها بوصفها محـــددات أولية للسلوك السوى والشاذ ، وهى تحتل مركز الصدارة فى التدخل العلاجى . وباستبعاد العلاجات النفسية التحليلية نجد أن الطرق الفنية التى استخدمت فعلا لتعديل هذه العمليات تتراوح بين : الايحـــاء suggestion والتنويم الايحائى hypnosis ، عبر العلاج العقلانى/ الانفعالى ، الى التعديل المعرفى للسلوك .

الايحـــــاء

تتميز المقابلة الجيـــدة بالتكوين المتتابع للفـــروض واختبارها (Tyhurst, 1962) ، ولكن يكون من الصعب أحيانا — فى التحليـــل التقليدى — تحديد الى أى مدى يمكن تكوين الفرض اعتمـــادا على نظرية معينـــة بدلا من الملاحظات التى تمت أثنـــاء مسار المقـــابلة (Hartmann, Kris & Loewenstein, 1953) .

ويقرر «فرويد» (Freud, 1898) أنه بمجرد الوصول الى تشخيص، فيجب أن يسير المحلل قدما نحو تأكيد المريض له ، ويتعين التغلب على الانكار الأولى بالاصرار الحازم على الطبيعة الراسخة لمعتقدات الفرد . ومع ذلك فقد قرر «فرويد» مؤخرا (Freud, 1937) أن نتيجة مثل هذا المطلب ليست عبارة عن تجميع المريض لخبراته الماضية ، ولكن لتأكده

فقط من أن هذه الخبرات حدثت بالفعل ، وسوف يكون لذلك الأمر ، الأثر العلاجى ذاته (Chodoff, 1966) وبهذا وضح أهمية الايحاء وقوته .

ويشير الايحاء الى السلوك الذى يقوم به الفرد دون نقد ، ومن غير مشاركة العمليات المنطقية فى الاستجابة Kroger & Fezler, 1976, P. 13) . والايحاء متغير مركزى فى كل أشكال العلاج النفسى ، وربما يؤثر أيضا على نواتج كثير من العلاجات البيولوجية والبيئية . ويتأثر الايحاء بمدى واسع من المتغيرات المتصلة بالبيئة وبالمريض ، وتعد « القابلية للايحاء suggestibility » من حيث هى سمة فى الشخصية أهم المتغيرات المتعلقة بالمريض . وكثيرا ما أغفل تأثيرها بوصفها نوعا من الشفاء بالايمان Faith healing وهناك تشابه كبير بين « فرط القابلية للايحاء hypersuggestibility » والتنويم الايحائى ، وفى الحقيقة يعد فرط القابلية للايحاء مستوعبا — بشكل جزئى — لما يشار اليه بالتنويم الايحائى (Kroger & Fezler, 1976, PP. 13-14)

العلاج بالتنويم الايحائى Hypnotherapy

نستطيع تتبع نمو العلاجات النفسية المعاصرة من التعاويذ الى المغناطيسية والتنويم الايحائى والتداعى الحر (Ellenberger, 1974) . وقد عرف المصريون القدماء التنويم الايحائى ، الا أنه لم يستخدم بوصفه طريقة فنية علاجية حتى ظهر « أنتون مسمر » Anton Mesmer (١٧٣٤ — ١٨١٥) منـاديا « بالمغناطيسية الحيوانية animal magnetism » . ثم أهمل مرة ثانية حتى انتعش على يد «شاركو» Charcot فى مستشفى «سالبترييير» حوالى عـام ١٨٨٠ (Chertok; 1967) ، واستخدمه كل من «ليبولت» Liebault ، و «برنهـايم» Bernheim فى «نانسى» . وقد قضى «فرويد» عدة شهور مع «شاركو» فى شتاء ١٨٨٥ — ١٨٨٦ مستخدما هو و«بروبار» Breuer التنويم

الايحائى بوصفه طريقة فنية رئيسة فى علاج الهستيريا ، وذلك قبل أن يطورا التداعى الحر •

وهناك كثير من التعريفات للتنويم الايحائى وكذلك كثـــير من المعـــرفين (Kroger & Fezler, 1976) • وقد قام « شـــيرتوك » (Chertok,1967) بعرض لنظريات التنويم الايحائى منذ عام ١٨٨٩ ، الا أنه اعترف صراحة بأنه قد تجنب تعريفه على أساس أنه ظاهرة معروفة •

ويرجع أصل هذا المصطلح الى «جيمس بريد» James Braid (١٧٩٥– ١٨٦٠) الطبيب والجراح الانجليزى الذى استخدم التنويم الايحائى مخدرا ، وقد ركزت التعريفات المبكرة على « الغفوة أو السبات التنويمى hypnotic trance » ، الا أن التنويم الايحائى مفهـــوم متعدد الأبعاد ، اذ يشتمل على متغيرات تسبقه مثل : الايحاءات ، تغير حالة الوعى ، وأنواع من السلوك المترتبة على ذلك (Barber, 1969) •

ويتكون العلاج بالتنويم الايحـــائى من : احداث حالة الغفوة باستخدام أى طريقة من الطرق الفنية المتعددة ، ثم القيام بالايحاءات الملائمة • وأحد أسباب تعدد الطرق الفنية لاحداث الغفوة هو العدد الكبير من المتغيرات التى تؤثر فى عملية احداث التنويم الايحائى مثل : العمر ، الذكاء ، الخلفية الثقافية ، التركيز ، التوقع ، التخيل ، هيبة المعالج ، الاعتقاد فى التنويم (Kroger & Fezler, 1976, PP. 15-17) فقد ركز «بريد» مثلا على دور الايحاء فى احداث النوم الصناعى •

وقد استخدم التنويم الايحائى لازالة الشكاوى من أعراض معينة وبخاصة الأعراض الهستيرية ، وكذلك لتصحيح اضطرابات العادات ، وتخفيف الألم • واستخدم أيضا لتيسير كثير من العلاجات السلوكية عنـــدما تثبت عدم فاعليتها مع المريض فى حالة اليقظة (Wolberg, 1975) •

العلاج العقلانى الانفعالى Rational-Emotive Therapy

اذا كان الايحاء يشير الى سلوك الفرد دون تدخل العمليات المنطقية (Kroger & Fezler, 1976) ، فان العلاج العقلانى/الانفعالى — من ثم — هو نقيض الايحاء • وقد وصف أيضا بأنه المرآة العكسية للعلاج المتمركز حول العميل (Gendlin, 1975, P. 274) • ويؤكد هذا النوع من العلاج على التفكير أكثر من المشاعر ، ويقوم المعالج بمعظم الكلام فى المقابلة العلاجية ، وذلك على نقيض ما يحدث فى العلاج المتمركز حول العميل •

ويصف « ألبرت اليس » (Ellis, 1967, P. 207) — مؤسس العلاج العقلانى الانفعالى — الأهداف الأساسية لهذا العلاج بأنها : تخفيض مشاعر القلق والعداء ، وتزويد الشخص بوسيلة لملاحظة الذات ، وتقييم الذات تكفل له أقل قدر من مشاعر القلق والعداء فى بقية حياته •

ويميز «اليس» بين الازعاج والخوف اللذين يعتمدان على الواقع الفعلى ، وهو ضرورى للبقاء ، أو بين العداوة غير الضرورية ولوم الذات الزائد الذى يضاف بشكل غير متعمد أو لا شعورى الى الاثارة واليقظة العادية • ولكى يحقق «اليس» أهدافه العلاجية النهائية ، أصبح هدفه المباشر فى المقابلة العلاجية أن يوضح للعملاء كيف يضيفون افتراضات غير عقلانية لملاحظاتهم ، وكيف أن ردود أفعالهم الانفعالية من الممكن أن تصبح أكثر ملاءمة اذا أزيلت هذه الافتراضات •

ويشتمل العلاج العقلانى/الانفعالى على استخدام الأسلوب المنطقى/الامبيريقى logico-empirical للأسئلة والمجادلات والمناقشات العلمية (Ellis, 1977. P.20) • والدور الأساسى للمعالج هو ايقاف الاستخدام الفضفاض للغة والذى يقوم به المريض ، وجعله يحدد مصطلحاته بدقة ، وهى عملية يشار اليها « بالمناظرة أو المجادلة

disputing ، وتوصــف بأنها « أنواع متعــددة من اعادة البنــاء المعرفى » ، والتى تساعد المريض على التوقف عن التعميم الزائد ، ويظل وثيق الصلة بالواقع (Ellis, 1977, PP. 21-2) .

التعديل المعرفى للسلوك Cognitive-behavior modification

نبه علماء النفس والفيزيولوجيا التجريبيون أمثال : «واطسون ، بافلوف ، هل » ، تحليلا موضوعيا لأسباب المرض النفسى على ضوء مصطلحات الاحباط والصراع (انظر الفصل الثامن) ، ونبهوا أيضـا مناحى موضوعية لعلاجها أطلق عليها العلاج السلوكى وتعديل السلوك (انظر الفصل الثالث عشر) . وقد أعطى هؤلاء العلماء أهمية كبيرة ومكثفة للأحداث البيئية ، على حساب ادراك المريض لهذه الحوادث وتقييمه لها . وبهذا أغفلت هذه العلاجات العمليات العقلية للفرد .

وفى أوائل السبعينيات برزت مدرسة جديدة فى العلاج أطلق عليها « التعديل المعرفى للسلوك » ، وهى محــاولة لتضييق الفجــوة بين الاهتمــامات الاكلينيكية لمعــالجى الدلالات اللفظيــة ـ المعرفيــة Cognitive-semantic (أمثال : جورج كيلى ، جيروم فرانك ، ألبرت اليس ، آرون بك ، جيروم سنجر) وتكنولوجية العــلاج السلوكى (Meichenbaum, 1977, P. 11) . ومن الأساليب التى تعتمد على افتراض المحددات المعــرفية للسلوك الشاذ : العــلاج الانفجــارى implosive therapy ، والتحصين المنظم systematic desensitization وهذان الأسلوبان يختلفان عن العــلاجات السلوكيــة الأخرى التى ستناقش فى الفصل الثالث عشر فى أنهمــا يختصان فقــط بالكلمات والتصورات التى لا تعد منفرة فى حد ذاتها .

العــلاج الانفجــارى Implosive

الافتراض القائم وراء العلاج الانفجــارى هو أنه اذا واجه

الشخص شيئا يفزعه دون وجود سبب لتبرير هذا الخوف ، يكون فى الامكان ازالة جزء منه • وقد نما هذا العلاج لاختبار أهمية الانطفاء التجريبى على مستوى علاجى (Stampfl & Levis, 1967; 1968, 1973 ; Levis; 1974) •

ويحدد المعالج أنواع السلوك والمنبهات التى يخشاها المريض ، ويرتبها (بوضع رتبة لكل منها) تبعا لشدتها فى اثارة القلق • ثم يشجع المريض على تخيل أنواع المنبهات والسلوكيات التى يتجنبها بادئا بأقلها تهديدا •

وتستمر كل صورة ذهنية فترة كافية لتخفيض القلق ، والا أصبح المريض أكثر حساسية لها (Rachman; 1969 ; Baum, 1970) وفضلا عن ذلك فيجب أن يمنع المريض من الانشغال بأى نشـــاط يعوقه أو يشتته عن معايشة خبرة القلق (Hogan, 1969) •

والعلاج الانفجارى شبيه جدا بالفيض flooding (الغمر) والأساليب الفنية لمنع الاستجابة التى يستخدمها المعالجون السلوكيون (انظر الفصل الثالث عشر) ، الا أنه يختلف عنهما فى تأكيد العلاج الانفجارى على العمليات العقلية • والعلاج الانفجارى شبيه أيضا بالعلاج العقلانى/الانفعالى الذى قدمه « اليس » ، حيث انه لا يركز فقط على الحدث أو الموقف الذى أدى الى السلوك الشاذ للمريض ، بل يهتم أيضا بأفكار المريض ومخاوفه حول ما يحدث نتيجة لهذا الحدث أو الموقف : فقد لا يخاف الناس من الفئران ، ولكن يخافون مما يمكن أن تفعله الفئران لهم (Levis, 1974) •

وللعلاج الانفجارى أيضا توجه نحو المريض يتسق مع العلاجات النفسية السابقة الذكر : اذ يخصص المعالج المقابلات المبدئية لتكوين « التفاعلات الشخصية والبيئية والنفسية الدينامية التى تشكل سلوك المريض » (Stampfl, 1975) •

التحصـــين المنظـــم

من المعروف أن الاستجابات الانفعالية — مثل القلق — تعــوق أنواعا أخرى من السلوك (انظر الفصل الخامس) • وقد أوضح وولبى (Wolpe, 1958) كيف أن بعض هذه الأنواع الأخرى من السلوك بامكانها اعاقة الاستجابة الانفعالية ، وهو اجراء أسماه « التشريط المضـــاد counterconditioning »، وقد اتخذ استجابة الاسترخاء Relaxation — والتى تضاد القـــلق — وزاوجهـــا بالقلق ، تحت شروط تضـــمن قابلية استجابة الاسترخاء للاستخدام ، ولأن القـــلق والاســـترخاء استجابتان متضادتان تبادليا ، فيكون من المستحيل حدوثهما معا فى وقت واحد • وقد وصف «وولبى» علاقتهما « بالكف التبادلى reciprocal inhibition » ، وهو المبدأ ذاته الذى استخدم فى علاج الضـــعف الجنسى والاجتماعى ، وعند استخدامه مع الأخير فانه يستخدم تحت اسم « التدريب التوكيدى assertiveness training » (انظر الفصل الثالث عشر) •

وقد صمم التحصين المنظم خصيصا لعـــلاج القلق والمخـــاوف العصابية • وكما يحدث فى العلاج الانفجارى ، يحدد المعالج هنـــا المنبهات المثيرة للقلق ويرتبها ، وأثناء حدوث ذلك يتدرب المريض أيضا على الاسترخاء ، حتى يجعله يسترخى بعمق بقدر الامكان (يستخدم التنويم الايحائى فى بعض الحالات) ، ويطلب منه تخيل أضعف المنبهات المثيرة للقلق لمدة ثوان •

وعلى الرغم من أنها طريقة ذات مكانة مرتفعة ، فان توقعـــات المريض لا يمكن أن تستبعد بوصفها تفسيرا بديلا لتحديد نتائجهـــا (Kazdin & Wilcoxin, 1976) •

عــلاجات الــذات

يمكن النظر الى العلاجات المعرفية على أنها تطوير لجانب خاص من جوانب التحليل النفسى ، ولكن تركيزها على عمليات نوعية للأنا مثل الادراك والتفكير قد تم على حساب التركيز على الفرد. • فان شخصا ما هو الذى يجب أن يقوم بالادراك والتفكير • وهذا الجانب فى الانسان جانب ضمنى فى هذه العلاجات المعرفية ، ولكن فى علاجات أخرى يكون التركيز عليه مباشرة مثل علاجات الذات ، اذ تنحو مفاهيم هذه العلاجات نحو النظرة الكلية أكثر من التحليلية ، مع التركيز الزائد على الفرد فى اطار بيئته الاجتماعية أكثر من عناصر هذا الفــرد أو مكوناته • ولذلك فهى علاجات نزوعية **conative** موجهة تماما ، مع اهتمام صريح بالجوانب الأخلاقية •

العــلاج التكــاملى **Integrity therapy**

ترجع أصول العلاج التكاملى الى التجارب الشخصية التى قام بها «مورر» **O.H. Mowrer** كما أنه أحد ردود الأفعال العديدة والمباشرة للحتمية السيكولوجية فى التحليل النفسى التقليدى • ويرى «مورر» (Mowrer, 1965, 1966) أن السبب الرئيس للأمراض النفسية والعقلية سلوك متعمد واختيارى له طبيعة غير مقبولة اجتماعيا ويستحق اللوم• وعلى حين يركز «فرويد» على « قلق الهو **Id anxiety** » فان «مورر» يؤكد على « القلق الخلقى **moral anxiety** » أو بمعنى أدق ، فى حين يؤكد «فرويد» على القلق يؤكد «مورر» على « الذنب **guilt** »•

ويفترض المعالجون التكامليون أن كل شخص لديه معرفة بما يعده صوابا أو خطأ ، وحينما يفعل أشياء خاطئة طبقا لمعتقداته فانه يحاول اخفاءها ، وتسبب مثل هذه الأفعال شعور الفرد بأنه « مريض بنفسه **sick of himself** » ، وحينما يصبح هذا الشعور مزمنا فانه يصيب التوافق النفسى والجسمى بالاضطراب •

ويذكر «مورر» أنه بتأثير من النظرية الفرويدية وكذلك النموذج الطبى ، فان الناس اما يلقون باللوم — لسوء حظهم — على الآخرين الذين يدعون سوء معاملتهم ، أو أنهم يرجعون سوء حظهم الى الأحداث التى لا يتحكمون فيها • ويرفض «مورر» ذلك مؤكدا أن المتغير المهم هو ما يفعله المريض لنفسه وليس ما يفعله له الآخرون •

ويعتقد المعالجون التكامليون أن كل شخص مسئول مسئولية كاملة عن رفاهيته الشخصية وأفعاله ، والنتيجة النهائية لحياته ، أو يجب أن يكون كذلك • ولذلك فان هدف العلاج التكاملى هو دفع المريض لتقبل مسئولية أفعاله وعمل التغييرات اللازمة •

الأســلوب العــلاجى

المشكلة التى تواجه المعالج التكاملى هى المفارقة بين مفهـوم المريض عن ذاته ومفهومه عن ذاته المثالية • وعلى حين يركز أتباع «روجرز» على تقليل الفرق بين مفهوم الذات والذات المثالية عن طريق امداد الشخص بالتقبل السلبى لأفعـاله ، على افتراض أنه سيفعل الصواب بشكل آلى ، نجد أن «مورر» يؤيد بقوة استثارة الفرد حتى يتطابق مع ذاته المثالية عن طريق التصرف بأمانة وبتكامل شخصى :

أتباع العلاج النفسى لروجرز : مفهوم الذات ← الذات المثالية •
المعلاج التكاملى : مفهوم الذات ← الذات المثالية •

ويعد «مورر» منظرا أكثر منه معالجا ، وقد استخدم العـلاج التكاملى فى مراكز علاج الكحوليات وادمان العقاقير (Shelly & Bassin, 1965) ، حيث تكون المقابلة الشخصية موجهة مباشرة الى نقطة محددة: فيواجه المدمن بمسئوليته تجاه سلوكه ، ويمنع من القاء اللوم على الآخرين ، بل على حمقه وخرقه هو •

العــلاج الواقعــى Reality therapy

تطور العلاج الواقعى على يد «ويليام جلاسر» (Glasser, 1965)

ويجمع العلاج الواقعى بين المعالج المهتم الذى يوجه الرعاية الى مريضه ، مع التأكيد الواضح على السلوك الاجتماعى الصريح .

ويعترض «جلاسر» على توجه التحليل النفسى والعلاجات النفسية الذاتية على أساس فشلهما فى تعليم السلوك الأفضل ، اذ انهما يفترضان فقط أن الاستبصار والفهم سوف ينتجان هذا السلوك بطريقة ما . ومن ثم تشتمل المقابلة العلاجية فى العلاج الواقعى على المناقشات الصريحة لتغيير السلوك والتخطيط لذلك .

وتتضمن المفاهيم الأساسية للعلاج الواقعى القرارات وتحديد الهوية ، وارادة القوة التى ترتبط بمفاهيم : التعهد ، المسئولية ، النضج ، كما يواجه المريض باستمرار كلما حاول انتحال الأعذار أو التملص من مسئولية سلوكه . وعلى عكس العلاج التكاملى ، يؤكد العلاج الواقعى تأكيدا صريحا على أهمية الحب ، وعلى النظام أيضا فى العلاقة العلاجية ، كما يركز أيضا على أهمية نمو شعور المريض بأهمية ذاته وجدارتها .

نقد علاجات الذات

تبعا لتصور « توماس ساس » (انظر الفصل الأول) فان علاجات الذات قد تكون ملائمة لعلاج الأدوار المريضة sick roles ، ولكنها غالبا ما تكون غير فعالة فى علاج الأحوال البيولوجية . ولكن حتى فى علاج الأدوار المريضة ، فمن المهم اقامة التوازن بين التنبيه والمساندة . فالشخص الذى يعانى من اضطراب ذهانى أو عصابى ، والذى يتسم بمشاعر عدم الكفاءة والعجز الملحوظ ، ليس من المحتمل أن يعالج بكفاءة بالنصح الأخلاقى واخباره بأن سبب معاناته وضيقه هو حمقه. ويتحقق هذا التوازن فى العلاج الواقعى من خلال تعليم المرضى التركيز على مصادر قوتهم أكثر من مصادر ضعفهم ، ولكن ذلك ليس واضحا هكذا فى العلاج التكاملى .

والعلاج التكاملى هو علاج أخلاقى ، اذ أوضح مورر (Mowrer,

(1961 التشابه بين العلاج النفسى والحركة المسيحية المبكرة ، فالعلاج التكاملى ـ كما وصفه ـ يؤكد بوضوح على الأمانة والمسئولية الشخصية والذات المثالية . وبذلك يكون ملائما لعلاج اضطرابات الخلق أو الطباع character ، ولكن قيمته فى علاج الاضطرابات الأخرى تغدو مشكوكا فيها .

العلاجات الجماعية والبيئية
Group and milieu therapies

اذا عرفنا العلاجات ـ كما هو الحال فى هذا الكتاب ـ على ضوء افتراضاتها الأساسية فيما يتعلق بالسبب الأولى للسلوك الشاذ ، وليس على ضوء الاجراءات العلاجية المتبعة ، نجد أن هناك على الأقل أسلوبين للعلاج النفسى يقومان على نوع معين من العلاقة الاجتماعية التى تتضمن أكثر من شخصين : « العلاج الجماعى » ، « والعلاج البيئى » وهذه الأساليب العلاجية تتشابه الى حد كبير مع العلاجات الثقافية الاجتماعية (انظر الفصل الثالث عشر) ، والفارق الأساسى بينهما لا يكمن فى الطرق الفنية العلاجية أو المتغيرات التى تتناولها أو المتغيرات المستقلة ، ولكن يكمن فى الفلسفة والنظرية الخاصة بكل منهما .

العلاج النفسى الجماعى Group psychotherapy

العلاج الجماعى هو علاج الناس فى جماعات ، حيث تكون الجماعة عنصرا مهما فى العملية العلاجية . ويختلف العلاج الجماعى عن العلاج الفردى أساسا فى تنبيه الواقع الاجتماعى ، فالموقف الجماعى بعلاقاته المتعددة بين الأشخاص يكون أقرب الى الحياة الواقعية بالمقارنة الى العلاقة العلاجية فى العلاج النفسى الفردى .

وقد تأكد تأثير الجماعة الاجتماعية فى احداث التغير السلوكى على

مر القرون (Frank; 1961; Gazda; 1968) ، الا أن العلاج النفسى الجماعى فى حد ذاته يعد ظاهرة خاصة بالقرن العشرين • وبعد الأعمال المبكـرة التى أجراها « مورينـــو » (Moreno, 1932, 1946) وكذلك «سلافسون» (Slavson; 1943) أصبح استخدام الجماعات فى المجال الطبى والتربوى والمهنى والعقائدى ظاهرة شائعة فى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات • وقد ارتبط فى البداية بالعلاجات ذات التوجه النفسى الدينامى ، ثم امتد سريعا الى العلاجات الذاتية (Egan, 1970; 1971) ثم الى السلوكية (Johnson, 1975) •

الأســـاس المنطقـــى

ينتج عن علاج الناس فى جماعات ــ بلا شك ــ اقتصاد فى وقت المعالج وجهده ، واقتصاد كذلك فى المال بالنسبة الى المريض • ولكن المنطق الأساسى للعلاج الجماعى ليس اقتصاديا ، فالموقف الجماعى أكثر المواقف شبها بالحياة الواقعية أكثر من العلاقة العلاجية فى العلاج النفسى الفردى ، ولذلك فهو أكثر ملاءمة فى علاج إضطرابات التوافق الاجتماعى • اذ لا يسمح فقط للمعالج بمشاهدة مشكلات التوافق التى يتعين على المريض وصفها له ، بل يزودنا ببيئة محكمة يستطيع فيها المريض تكرار أنواع السلوك الأكثر توافقا • بالاضافة الى ذلك ، فان التشابه الوثيق والمتزايد مع التفاعل الاجتماعى السوى سوف ييسر انتقال ما تم تعلمه فى الموقف العلاجى الى العالم الخارجى •

الطريقة الفنية العلاجية

التاريخ الطبيعى للعلاج النفسى الجماعى هو التاريخ الطبيعى للعلاج النفسى الفردى ذاته ، اذ يمكن تحديد مدارس مختلفة تبعـــا للتركيز الذى تضعه على المراحل المختلفة • ولكننا نجد فى العـــلاج الجماعى ثراء فى كل المراحل ينشأ من تزايد التنبيه والمساندة الذى يمكن اشتقاقه من هذا الشكل العلاجى •

ويجب أن تتعامل كل أشكال العلاج النفسي مع فقدان الثقة في النفس ، والذي يصاحب غالبا المرض النفسي ، على حين يجب تشجيع المريض على فحص اتجاهاته وسلوكه وتغييرهما . والمساندة التي يعطيها المعالج للمريض تكون متعددة في حالة العلاج الجماعي ، فهي تضرب في عدد الأشخاص في الجماعة ، اذ يتخلص المريض من الشعور بالعزلة حينما يدرك أن الآخرين لديهم صعوبات مشابهة لما لديه ، وعندما تكون المشكلات متشابهة يكون هناك مساندة متبادلة ومساعدة في تناول هذه المشكلات (Frank & Powdermaker, 1959) .

ويمكن تغيير السلوك الشاذ بوساطة أساليب العلاج السيكولوجية اذا أمكن التعبير عنه أو عن اتجاهاته الضمنية . وموقف الجماعة أكثر تنبيها من العلاج النفسي الفردي . بالاضافة الى أنه يعطي الفرصة للشخص لمقارنة مشكلاته بمشكلات الآخرين ، كما يكون هناك تنافس بين أعضاء الجماعة لصالح المعالج/القائد ونضال للوصول الى مكانة في الجماعة . وهناك أيضا أثر التنبيه بفعل التواصل بين أشخاص مختلفين في آرائهم وخلفياتهم . كذلك هناك انتقال متبادل للانفعال بين أعضاء الجماعة .

أما من جهة البناء أو التركيب ، فان الحجم الأمثل للجماعة يتراوح بين خمسة وثمانية أشخاص . ويجب أن يتشابه أعضاء الجماعة بدرجة كافية ليعطي كل منهم المساندة للآخر ، ولكن لابد أيضا أن يكونوا مختلفين بدرجة كافية ليتعرض كل منهم الى الأثر التنبيهي لموضوعات متعددة ومتباينة وكيفية التعامل معها .

أنــواع الجمــاعة

هناك تفرقة تقام أحيانا بين جماعات العلاج والجماعات التربوية. وتصمم جماعات العلاج ــ كما يتضح من اسمها ــ لأشخاص سلوكهم غير متوافق بشكل ما . أما الجماعات التربوية فيشار اليها أصلا على

أنها « تدريب على العــلاقات الانسانية » human relations training ، أو جماعات «ت» T.groups ، وأخيرا تعرف «بجماعات المواجهــة والتــدريب على الحســاسية sensitivity training and encounter groups ، وتصمم هذه الجماعات لأشخاص أسوياء يرغبون فى تحسين مهاراتهم وعلاقاتهم مع الآخرين ، والتى تعد مهاراتهم مناسبة بالفعل • الا أن هذه التفرقة أصبحت غير واضحة (Lipitt, 1949 ; Benne, 1964; Gottschalk & Pattison, 1969) •

وأحد التنويعات فى الجمــاعة «ت» هى جمــاعة « الماراثون » (Bach, 1966; Stoller; 1968) ، فبــدلا من المقــابلة لمدة خمسين دقيقــة فى اليــوم بواقــع خمسة أيام أو حتــى يوم واحــد فى الأسبوع لمدة عام ، فان جماعة الماراثون تتقابل لمدة ٤٨ ساعة فى جلسة علاجية مستمرة • وهذا يشبه موضوع المران الموزع Distributed practice فى مقــــابل المران المجمــع (Lashley, 1918; Massed Garrett, 1940; Hovland, 1940; Cook; 1944; Underwood & Viterna, 1951 والذى ساد النقاش حوله فى علم النفس الأكاديمى لعدة سنوات •

وتصنف الجماعات أيضا تبعا لبرنامجها أو بؤرة اهتمامها الواضحة• ففى أحد الأطراف ، حيث التركيز العقلى والمعرفى ، نجــد الجماعات التعليمية didactic groups كتلك التى تستخدم فى برامج تعليــم الحياة العائلية • وهنا يقدم قائد الجماعة موادا تعليمية ، ويضبط كلا من التفاعل العقلى والانفعالى للأعضاء أثناء المناقشات التالية • وهناك بعد ذلك النوادى الاجتماعية العلاجية والسيكودراما ، والتى تعطى لأعضائها الفرصة فى تكرار أدوار اجتماعية فيما بين الأشخاص • يلى ذلك جماعات « القمــع ــ التنفيس repressive-inspirational groups » ، كتلك التى تستخدم فى مراكز ادمان الكحوليات ، وتتضمن المحادثات التنفيسية والغناء الجماعى ، لتكوين توحد قوى بالجماعة ، ولاثارة المشاعر الايجابية بوصفها وسيلة لترسيخ الثقة بالنفس لدى

أعضائها • وأخيرا ، على الطرف الآخر ، نجد جماعات « التفاعل الحر » والتى لاتتبع برنامجا محددا ، بل ان التركيز فيهـا على التفاعلات السلوكية وردود الأفعال الانفعالية لأعضائها (Frank & Powdermaker, 1959) .

الفاعليـة

قام «بدنر» وآخرون (Bednar et al., 1974) بعرض لعدد من نتائج الدراسات ، ووجدوا أن فاعلية العلاج الجماعى تعتمد على ما اذا كان هناك تدريب واعداد قبل العلاج أم لا (Bion, 1961; Foulkes & Anthony, 1965; Yalom, 1970; Heilter; 1973; Strupp & Bloxom; 1973; D'Augelli & Chinsky, 1974; Nichols; 1976)

كما يتوقف نجاح العلاج الجماعى على نمو تماسك الجماعة ، والثقة بين أفرادها ، والجذب والاندماج أثناء سير العلاج ، كما يتوقف كذلك على وجود شخص على الأقل فى الجماعة يقوم بتمثيل السلوك المطلوب ، وهو ما يشار اليه بالنموذج المؤثر •

العـلاج البيئـى

يشار الى العلاج البيئى أحيانا بأنه تكوين مجتمع علاجى ، ويرتبط هذا النوع من العلاج بأعمال « ماكسويل جونز » (Jonse, 1953, 1968; 1978) • ويتراوح العدد فى الجماعة العـلاجية بين خمسة وثمانية أشخاص ، وهو العدد الأمثل فى العلاج الجماعى • ويجرى العـلاج البيئى فى قسم (عنبر) كامل بالمستشفى ، بهدف تكوين بيئة مناسبة لاحداث التغير المطلوب لدى الأشخاص المشاركين فى العلاج (Clark, 1977) •

ويقوم العلاج البيئى على افتراض أن البيئة الاجتماعية يمكن أن تكون أداة للتدخل العلاجى ، ومحاولة ايجاد هذه البيئة بحيث تكون على نقيض البيئة التى أسهمت فى نمو العصاب (انظر الفصل الثامن)•

والعلاج البيئى هو علاج اجتماعى ديمقراطى يقوم على التسامح والمساواة .

ولضمان حدوث سلوك المريض فى بيئته الأصلية بدرجة التحسن الذى يبديه داخل المستشفى نفسها ، تصمم البيئة العلاجية بحيث تساعد أعضاءها على تعلم ابدال أنواع السلوك غير التوافقى بضروب من السلوك أكثر ملاءمة . وهناك جانبان فى البيئة العلاجية تيسر ذلك، أولا : التخلص من الضغوط والمشقة الخارجية ، وثانيا : تطوير كل مظاهر الحياة فى المستشفى بحيث تكون خبرة علاجية ، فالوجبات وجداول تدبير شئون المنزل والبرامج الترويحية ... الخ ، كلها خبرات بين الأشخاص تزود الشخص بفرصة للتعلم والاختبار وتكرار السلوك الاجتماعى التوافقى .

ويشجع المرضى فى المجتمع العلاجى لكى يصبحوا مشاركين نشطين فى علاجهم ، وأيضا ليصبحوا مسئولين عن مساعدة الآخرين . كما تقل المسافة الاجتماعية — عمدا — بين المرضى وأعضاء هيئة العلاج بمختلف أنواعها التدرجية ، لتيسير التواصل الحر والأمين . فتتفاعل هيئة المستشفى تفاعلا حرا مع المرضى كأنداد اجتماعيين فى المقابلات بالقسم، حيث يتخذ مجلس المرضى القرارات بخصوص برامج القسم .

نقد العلاجات الجماعية والبيئية

العلاج النفسى الجماعى غير مناسب لكل أنواع المرض النفسى والعقلى ، فيعد العلاج الفردى أكثر فاعلية فى علاج المشكلات ذات الدلالات الانفعالية القوية مثل الصراعات المتعلقة بالجنسية المثلية . أما قوة العلاج النفسى الجماعى فتبدو فى التعامل مع مشكلات التنشئة الاجتماعية .

ويصمم العلاج البيئى لمقاومة السلبية المميزة للمرضى فى المؤسسات الشاملة (Kraft, 1966) ، وتمثل المستشفى حاجزا للحماية بين المريض ومجتمعه الخارجى ، على حين يشجع المريض فى العلاج الجماعى على تعلم سلوك أكثر تكيفا لاستخدامه حين عودته لهذا

المجتمع • ومع ذلك فهناك خطورة فى ديمقراطية بيئة المستشفى ، اذ تصبح غاية فى حد ذاتها فتتفق هيئة العلاج فى تصميم البيئة العلاجية وبنائها وقتا أكثر من ذلك الموجه للعناية المباشرة والاهتمام بالمرضى أنفسهم • وقد يكون هذا النشاط دفاعا ضد القلق الناتج عن زيادة الانشغال الشخصى المطلوب من أعضاء الهيئة فى البيئة العلاجية ، ويؤدى الى الافتراض الخاطىء بأن التجديد والديمقراطية فى القسم (العنبر) لابد أن يكون لهما أثر علاجى أكبر (Lewis & Selzer, 1972) •

ومن منظور أكثر عمومية ، ينظر اليه على أنه انعكاس اجتماعى لروح العصر فى الستينيات ، فهو حركة اجتماعية أكثر منه تجديد علمى (Manning, 1976a; 1976b) •

المعالج فى العلاج النفسى

تتحدد فاعلية العلاج النفسى فى علاج اضطراب ما ، ليس فقط من خلال الطريقة الفنية العلاجية المتبعة ولكن أيضا من خلال المعالج نفسه ، انطلاقا من أن العلاج النفسى نوع من العلاقة الاجتماعية تقوم بين شخصين • وقد ظهر أن هناك عدة خصائص للمعالج ترتبط بالفاعلية العلاجية أهمها : الخبرة والتدريب ، الاتجاه والشخصية ، الأسلوب (Thomson, 1965; Luborsky et al., 1971) •

الخبـــرة

يميل المرضى المعالجون من قبل معالجين ذوى خبرة الى اظهار تحسن أكبر بالمقارنة الى هؤلاء المرضى الذين تلقوا علاجهم على يد معالجين محدودى الخبرة (Cartwright & Vogel; 1960; Bohn; 1965; Rice; 1965) ، وهناك تساؤل مهم عن مختلف مكونات هذه الخبرة •

وبالاضافة الى التدريب الأكاديمى الرسمى ، يصر «فرويد» على أن يقوم كل محلل بتحليل نفسه ، لكى يفهم ردود أفعاله ويتحكم فيها خلال المقابلة العلاجية • ويذهب «سكوفيلد» (Schofield, 1964) خطوة أبعد

حيث يرى أن العلاج النفسى لابد أن يمارس من خلال نمط جديد من التخصص ، يتخلص فيه التدريب من التيارات غير المتصلة بالموضوع ، ويكون التركيز فيه على الشخصية والخصائص الاجتماعية أكثر من التركيز على الانجاز الأكاديمى • كما يقترح «ريوش» (Rioch et al., 1963; 1965; 1966) أن ربات البيوت الناضجات دون التدريب التقليدى المتخصص يستطعن أن يتعلمن فى عامين أن يكن ناجحات مثل هؤلاء المتخصصين فى الصحة النفسية التقليدية والذين قضوا سبع سنوات فى التدريب •

الشخصية

المعالجون الذين يكرهون مرضى معينين ، سواء أوصفت هذه الكراهية على ضوء التحويل المضاد countertransference أو صراعات الشخصية ، لن يكونوا ناجحين مع هؤلاء المرضى بقدر نجاحهم مع المرضى المحببين اليهم (Strupp, 1960; Strupp & Williams, 1960) •

ويرى «وايتهورن ، بيتز» (Whitehorn & Betz, 1954, 1960) أن المعالجين النفسيين الناجحين فى علاج المرضى الفصاميين المقيمين فى المستشفى يختلفون فى اتجاهاتهم وشخصياتهم عن المعالجين غير الناجحين • وقد أطلق على المعالج الناجح نمط « أ » ووصف بالتعاطف والدفء ومحاولة الارتباط بالمريض بطريقة شخصية سريعة ومباشرة • أما المعالج الأقل نجاحا ـ نمط «ب» ـ فيميل الى التواصل مع المريض بطريقة موضوعية غير شخصية وبتركيز عقلى على المرض النفسى وليس على الشخص نفسه • وقد تم التمييز بين هذين النمطين من المعالجين على أساس درجاتهم على اختبار «سترونج» للاهتمامات المهنية VIB ومقياس مكون من ثلاثة وعشرين بندا لقياس النمطين « أ ، ب » A-B scale ، وقد صمم خصيصا لقياس هذا البعد فى الشخصية •

ومع ذلك ، فقد اتضح فيما بعد ، أنه مع تساوى الخبرة والكفاءة العامة ، يحقق المعالج من نمط «ب» نتائج أفضل من المعالج « أ » بشكل

جوهرى ، وذلك حينما يعملان مع مرضى العيادات الخارجية الذين يعالجون من اضطرابات عصابية (McNair, Callahan & Lorr, 1962) ولذلك فان المتغير الحاسم قد لا يكون شخصية المعالج ، بل المماثلة Matching بين المعالج والمريض (Garfield & Bergin, 1978) .

الأسلوب

تعد الخبرة والشخصية محددات مهمة لأسلوب المعالج ، وقد حدد « يالوم ، ليبرمان » (Yalom & Lieberman; 1971; Lieberman, Yalom & Miles, 1973) ستة أساليب مختلفة ، وفحصا فاعليتها فى قيادة جماعات المواجهة ، وتراوحت هذه الأساليب من الأسلوب العدوانى المنبه Agressive stimulator أو المزود بالطاقة Energizer حيث القادة المتسلطون الذين يمدون أعضاء الجماعة بالتنبيه الانفعالى الزائد بشكل متطرف ، الى أسلوب القادة المتبعين لسياسة عدم التدخل laissez-faire ، والذين يقدمون تنبها ضئيلا جدا ، ولا يعترضون على أى شىء ، ولا يواجهون أعضاء الجماعة بأية موضوعات ، الى قادة الحب love leaders أو الامداديين provider الذين يعتنون بكل فرد فى الجماعة على حدة ، ويعطون المساندة الانفعالية ، بالاضافة الى المعلومات والأفكار عن كيفية التغير ، وهم ينصحون بالحب والأبوة الحنونة ولا يشكلون أى ضغط على أعضاء الجماعة .

وتختلف أنماط القادة اختلافا كبيرا فى مدى فاعليتهم ، فالقادة الامداديون أحدثوا تغيرات ايجابية بأقل قدر من الخسائر (وقد عرفوا على أنهم مشاركين ، خبروا — خلال وجودهم فى الجماعة — ردود فعل ذات مغزى). أما القادة المزودون بالطاقة فكان لهم تأثير مفيد تماما على بعض الأعضاء ولكنهم وضعوهم أمام مخاطرة كبيرة ، وحدث فى مجموعاتهم أكبر عدد من الخسائر ، وأكبر عدد من الأعضاء الذين توقفوا عن الاشتراك فى العلاج .

ملخص واستنتاجات

استخدمت أساليب العلاج السيكولوجية أساسا فى علاج الاضطرابات العصابية ، ومن منظور اعتماد هذه الأساليب على الاستبصار والفهم والتفكير العقلانى لاحراز التغير السلوكى ، فهى غير ملائمة لعلاج الاضطرابات الذهانيـة والعضوية التى تتسم بالخلل العقلى intellectual impairment والافتقار الى الاتصال بالواقع . ومن ناحية اعتمادها على مستوى مرتفع من دافعية المريض ورغبته فى تغيير سلوكه ، فهى غير مناسبة أيضا لعلاج اضطرابات الطباع أو الخلق.

واعتماد العلاجات النفسية على القوى الدافعية والمعرفية للمريض يجعل فاعليتها ترتبط بمدى وضوح ادراك المريض لمشكلته ، وآماله ، وتوقعاته . وقد أكد بعض المنظرين على العلاقة العلاجية بوصفها أداة للتغير، الا أن «سكوفيلد» (Schofield, 1964) يرى أن العلاج النفسى ما هو الا صداقة تشترى ، وهو مناسب فقط لعلاج الشباب الجذاب القادر على التعبير اللفظى ، الذكى ، الناجح .

وعلى الرغم من أن معالجى التحليل النفسى يميلون الى أن يكونوا حتميين فى تأكيد المحددات اللاشعورية للسلوك ، فهم يعطون أهميـة ضمنية للارادة الحرة فى علاجهم للشعور ، مثلهم فى ذلك مثل العلاجات الذاتية وعلاجات الذات. وان تقبل مفهوم الارادة الحرة يحمل فى طياته الاعتراف بالمسئولية الشخصية . وهذا هو الأسلوب العلاجى الذى أيده « توماس ساس » (انظر الفصل الأول) : فالأشياء لا تصنع الناس ، بل يصنعونها لأنفسهم .

ويأتى مع الاعتراف بالمسئولية الشخصية الميل الى التحرك من العلاج الى العقاب . فالحرية المدنية سلاح ذو حدين : فاذا طالب المريض بحقه فى أن يكون مسئولا عن أفعاله ، لابد له أن يتوقع أن المجتمع سيحاسبه على هذه الأفعال حينما يعتدى على العادات والأعراف الاجتماعية . ويحسب « لتوماس ساس » اتساقه فى هذه النقطة .

الفصل الثالث عشر

العلاجات البيئية والاجتماعية الحضارية

تقوم العلاجات البيئية والاجتماعية الحضارية على افتراض أن السبب الأساسى للمرض النفسى يكمن خارج الفرد وداخل بيئته • وبناء على ذلك تتميز تلك العلاجات بمحاولات للتحكم فى هذه البيئة أو تغييرها • ويمكن التعرف الى منحيين أساسيين : أولهما المنحى السلوكى ، وهو يركز على متغيرات محددة بدقة شديدة فى البيئة ، تسمى «منبهات» أو «مدعمات» reinforcers ويحاول أن يربطها بسلوكيات محددة بدقة أو «استجابات» على ضوء قوانين التعلم المستمدة من التجارب • وثانيهما : المنحى الاجتماعى ، الذى يركز على التفاعل المعقد بين الفرد وبيئته ، ويتحدث عن متغيرات اجتماعية مثل الطبقة الاجتماعية والفقر ، ويميل الى الاهتمام بالوقاية prevention أكثر من العلاج •

العلاجات السلوكية : (۱) الخصائص العامة

تحاول العلاجات السلوكية تطبيق نتائج علم النفس التجريبى ومناهجه ، وبصفة خاصة نظرية التعلم ، فى علاج المرض النفسى ، وتوضع تلك العلاجات — من الناحية الفلسفية — على خط واحد مع طريقة «أرسطو» (٣٨٤ — ٣٢٢ ق•م•) التحليلية ، وتصور « جون لوك » (١٦٣٢ — ١٧٠٤) عن عقل الطفل على أنه صفحة بيضاء tabula rasa ، وترابطية Associationism « ديفيد هارتلى » (١٧٠٥ — ١٧٥٧) (Kroger & Fezler, 1976) •

وهناك عدد من تلك العلاجات يقوم على الجوانب والمبـادىء المختلفة لنظريات التعلم المتعددة ، مستخدمين طرقا فنية مختلفة ، ولكنهم جميعا يشتركون فى عدد من الملامح العامة •

وتعرف العلاجات السلوكية جميعها السلوك الشاذ (العصاب) على أنه اما استجابات غير تكيفية مكتسبة ، أو فشل فى اكتساب استجابة تكيفية ، وتقدم افتراضا بأن السلوك الشاذ يمكن أن يتعلم فى مرحلة الرشد كامكانية تعلمه فى مراحل النمو الأخرى ، وأن مثل هذا السلوك ليس عرضا لاضطراب كامن ، ولكنه اضطراب فى حد ذاته • وبناء على ذلك تركز طرقهم الفنية العلاجية على السلوك الحالى ، ولا تعطى عناية كبيرة بأسباب المرض • وتضع أهدافا للعلاج محددة بشكل واضح ، وقابلة للقياس موضوعيا ، وتتحكم فى خبرة المريض حتى يحدث عدم معلمه للعادات القديمة ، ويتم تعلم عادات جديدة ، وذلك بدلا من الحديث عن المشكلة مع المريض للوصول به الى الاستبصار بحالتـه (Eysenck, 1960, Wolpe, 1960) •

ويعد السلوكيون ـــ من الناحية التاريخية ـــ حتميين ، ويعطون اهتماما قليلا بمفاهيم الشعور والذات والارادة الحرة ، كما يعدون فى المقام الأول من أصحاب التوجه النزوعى أكثر منه المعرفى ، ولكن هذا قد تغير فيما بعد •

وتمثل السلوكية بوجه عام رد فعل لعلم النفس بوصفه دراسة للعقل ، وبالنسبة للسلوكيين يعد علم النفس بمثابة الدراسة العلميـة للسلوك • وقد قصد باعادة التعريف هذه أن العلاجات السلوكية ينظر اليها عادة على أنها طرق سيكولوجية للعلاج • ولكن يعرف السلوكيون التعلم على ضوء التكرار ، وتتابع التقديم ، ودوام الأحداث الخارجية (المنبهات) ؛ وليس على أنه عملية عقلية ؛ فتلك المتغيرات هى التى ينظر اليها المعالجون السلوكيون على أنها حاسمة فى علاج السلوك الشاذ ، وذلك على ضوء القضية الأساسية ، وهى أن السلوك يمثل دالة أو وظيفة

مبـــاشرة للبيئة (Skinner, 1953; Tharp & Wetzel, 1969) ولذلك لا تعد طرق العلاج السلوكية ــ من الناحية الفلسفية ــ طرقا سيكولوجية ولكنها طرقا بيئية .

وقد مال المعالجون السلوكيون الى تركيز المنهج والطرق الفنية على العلاقة الشخصية بين المعالج والمريض . وبالرغم من ذلك فهــم يعتمدون على المقابلة المبدئية التى يحددون فيها كل الأحداث والمواقف التى تسبق السلوك الشاذ بشكل ثابت (الأسباب المترسبة أو المنبهات)، وكل الأحداث والمواقف التى تليه أيضا بشكل ثابت (الأسباب الدائمة أو المدعمات) ، وهناك حاليا اهتمام زائد بأهمية العلاقة بين المعالج والمريض (Devoge & Beck, 1978) .

وميز «لازاروس» (Lazarus, 1971) بين مدرستين أساسيتين فى العلاج السلوكى . علاج السلوك Behavior Therapy ، وتعــديل السلوك B. Modification وقدأدت التطويرات التالية فى هذا الاطار الى تطبيق الطرق السلوكية على المحتوى العقلى ، والذى يشار اليه على أنه التعديل المعرفى للسلوك (انظر الفصل «١٢» (Meichenbaum, 1977) وقد أدت هذه التطويرات الى مدرسة رابعة هى «نظرية التعلم الاجتماعى» والتى تتضــمن التعليــم بالاقتــداء modelling (Bandura, 1962) والتمــرين الســلوكى B.Rehearsal .

العلاجات السلوكية : (٢) علاج السلوك

العلاج السلوكى هو تطبيق اجراءات الاشراط التقليدى ونظريات التعلم لدى «بافلوف ، وثورندايك ، وهل ، وولبى » فى علاج المرض النفسى . ويستخدم العلاج السلوكى أساسا مع الراشدين لعــلاج الأعراض وأنواع محددة من السلوك كالقلق والمخاوف المرضية وأنواع الكف التى ترتبط بالاضطرابات العصابية ، وكذلك لعلاج الاضطرابات الجنسية وادمان العقاقير والكحوليات ، والتى تعد اضطرابات للطباع

أو الخلق • والطرق الفنية الأساسية هي : الاشراط التقليدى ، والكف التبادلى ، والتدريب التوكيدى ، والممارسة السلبية ، والتشبع بالمنبه، والفيض أو الغمر ، ومنع الاستجابة •

الاشـــراط التقليـــدى

الاشراط التقليدى Classical Conditioning هو العملية التى بمقتضاها يثير شيء أو حدث (المنبه الشرطى) سلوكا مشابها تماما للسلوك المثار بوساطة شيء أو حدث آخر (المنبه غير الشرطى) استنادا الى حدوثه فى الوقت ذاته • وقد يسبق المنبه الشرطى المنبه غير الشرطى، ولكنه يجب أن يتداخل معه فى كل من : زمن الحدوث ، والسلوك الذى يثيره ، والاستجابة الشرطية ، وتعد الأخيرة الى حد كبير جزءا واحدا فقط من السلوك الأصلى ، والذى يسبقه أيضـــا • وقد درست هذه العملية باستفاضة بوساطة «بافلوف» (Pavlav; 1927, 1928) والذى اكتشف معظم العلاقات الأساسية ، والتى طورت عن طريق الباحثين التاليين (Hilgard; 1956) •

والتمثيل التقليدى لهذه الطريقة : سلوك الأكل ــ الذى يوجد فى المخزون السلوكي للمفحوص ، وهو الاستجابة غير الشرطية ، والطعام الذى يثيرها يسمى بالمنبه غير الشرطى ، والجرس الذى لا يثير سلوك الأكل عادة يدعى المنبه الشرطى • ويقدم الجرس والطعام بشكل متكرر، سواء أكان ذلك فى وقت واحد أم مع رنين الجرس الذى يسبقه ولكنه يتداخل مع تقديم الطعام • فتحدث استجابة شبيهة بالاستجابة غـــير الشرطية ، وهى عادة تسبق الاستجابة غير الشرطية ، وينظر اليها عادة على أنها مجرد جزء من الاستجابة غير الشرطية :

المنبه غير الشرطى UCS ←—— الاستجابة غير الشرطية UCR
(الطعام) (الأكل)
المنبه الشرطى CS ←—— الاستجابة الشرطية CR
(الجرس) (اللعاب)

وكانت أحد الاستخدامات المبكرة جدا للاشراط التقليدى علاج التبول اللا ارادى enuresis (Mowrer & Mowror, 1938) ، فقد بين «مورر» أن انتفاخ المثانة لدى الطفل الذى يتبول لا اراديا لا يؤدى الى استيقاظ الطفل ، بل يؤدى الى منعكس استرخاء العضلة العاصرة ومن ثم التبول • ولهذا فان ما نحتاجه هو شىء ما يجعل الطفل يستيقظ عندما تمتلىء المثانة ، ولكن قبل أن يحدث منعكس استرخاء العضلة العاصرة • وبناء على ذلك صمموا لبادة **Pad** من نوع خاص تحتوى على قماش ماص ثقيل يفصل بين قطعتين كبيرتين من حاجز برونزى • وكانت هذه اللبادة خفيفة الوزن ومتينة ومريحة فى النوم بالنسبة الى الطفل • وعندما يتبول الطفل ، يتسرب البول الى اللبادة، ويحدث اتصال كهربى بين قطعتى الحاجز البرونزى ، حيث ان قطعتى البرونز متصلتان ببطارية وجرس ، وتكتمل الدائرة بالتبول والرنين المزعج للجرس واستيقاظ الطفل •

ووفقا لمبادىء الاشراط ، فقد أدى تكرار هذا الاجراء الى النتيجة التالية : انتفاخ المثانة الذى يسبق التبول ورنين الجرس ويحدث بشكل متزامن معها ، وبالنظر الى خصائص الجرس تحدث اليقظة قبل بداية التبول :

الجرس (منبه غير شرطى) UCS	←	اليقظة (استجابة غير شرطية) UCR
انتفاخ المثانة (منبه شرطى) CS	←	اليقظة (استجابة شرطية) CR

واستخدم الاشراط التقليدى أيضا فى علاج الجنسية المثلية homosexuality ، فقد حاول «فروند» (Freuna,1960) أن يستبدل بشعور الاثارة الجنسية شعور الغثيان عندما عالج الجنسية المثلية لدى

الذكور باعطائهم دواء مقيئا ، ثم عرض عليهم شرائح لرجال يلبسون ملابسهم وشرائح لرجال عرايا :

دواء مقيىء (منبه غير شرطى) UCS	←	التقيؤ (استجابة غير شرطية) UCR
الغثيان (منبه شرطى) CS	←	شـــرائح (استجابة شرطية) CR

وفى المرحلة الثانية من العلاج أعطى للمرضى هرمونات جنسية ذكرية ، ثم عرض عليهم أفلاما لسيدات عاريات أو شبه عاريات .

الكـــف التبـــادلى Reciprocal inhibition

الكف التبادلى هو محـــاولة لاحداث تحكـــم شرطى فى السلوك العصابى عن طريق الحدوث المتكـــرر والمتزامن للنزعات المتعارضـــة للاستجابة . والكف التبادلى له جذوره النظرية فى احداث « واطسون، راينر » (Watson & Rayner, 1920) استجابة انفعالية شرطية لدى طفل عمره (١١) شهرا ، كما له جذوره أيضا فى نجاح «جونز» (Jones 1924) فى التخلص من خوف الطفل من الأشياء ذات الفراء . وهو مبنى على افتراض أن لكل نمط سلوكى نمطا آخر يكون متعارضا معه، فمثلا من المستحيل أن نبسط الذراع ونثنيه فى الوقت نفسه ، أو أن ننام ونكون مستيقظين فى آن واحد .

ومهمة المعالج الأولى هى أن يجد نمط الاستجابة المقبولة ، والتى تكون مضادة للنشـــاط العصـــابى للمريض ، ثم يستبدل هذا السلوك التكيفى بالسلوك غير التكيفى . والاستجابات الثلاثة المستخدمة على نطاق واسع جدا هى :

١ ــ استجابة الاسترخاء فى علاج القلق والمخاوف .

٢ — والاستجابات الجنسية لعلاج العجـز (العنة) والبرود الجنسى •

٣ — الاستجابة التوكيدية فى علاج مشاعر النقص وعدم الأمان •

استجابات الاسترخاء Relaxation Responses

اذا كانت الاستجابة التى تكف القلق يمكن أن تحدث فى وجود المنبهات المثيرة للقلق ، فانها تضعف الرابطة بين تلك المنبهات والقلق • وقد استخدمت هذه الطريقة الفنية لأول مرة بوساطة «جاكوبسون» (Jacobson, 1938) الذى برهن على أن استجابات الاسترخاء لهـا مصاحبات لا ارادية (أتونومية) مضادة لتلك التى تصاحب القلق • ومع **ذلك** ، فطريقة «جاكبسون» فى التدريب المكثف على الاسترخاء بالرغم من أنها مفيدة ، فانها كانت تستهلك الوقت ، وقد استبدل بها « التحصين المنظم » من وضع «وولبى» (انظر الفصل ١٢) •

الاستجابات الجنسية Sexual Responses

تكف الاثارة الجنسية القلق تبادليا (Wolpe, 1958) ، ولذلك يمكن أن تكون بديلا للاسترخاء فى علاج المخاوف المرضية ، الا أن استخدامها كان — فى المقام الأول — لعلاج المشكلات التى تعد فى حد ذاتها جنسية، وبصفة خاصة العنة (العجز الجنسى) impotence ، والبرود الجنسى frigidity (Wolpe, 1969, Masters & Johnson, 1970) •

استجابات التوكيد Assertive Rssponses

افترض «وولبى» (Wolpe; 1958, 1969) أن السلوك التوكيـدى مشابه للاسترخاء العضلى العميق فى علاقته الكفية التبادلية مع القلق، ولكن — على عكس التحصين المنظم — لم يطور اجراء مفرد ، وما تطور هو مجموعة من الاجراءات العلاجية التى تسمى «التدريب التوكيدى»•

التـــدريب التوكيـــدى Assertiveness Training

التدريب التوكيدى هو أى اجراء علاجى يحاول أن يزيد من قدرة المريض على أن يندمج فى سلوك اجتماعى ، متضمنا التعبير عن المشاعر أو الرغبات عندما يتعرض مثل هذا السلوك لفقدان الاستحسان وحتى العقاب (Rimn & Masters, 1974, Rich & Schroeder, 1976; Heimberg et al., 1977) . فهو شبيه جدا بالسيكودراما عند مورينـــو (Moreno; 1946; 1955) على الرغم من أن هذه الطريقة الفنية تستمد دعامتها النظرية من كتابات «سالتر» (Salter, 1949) ، وولبى (Wolpe, 1958, 1969; Wolpe & Lazarus, 1966) .

ويراعى فى السلوك التوكيدى أن يفضى الى شعور متزايد بأن كل شىء على ما يرام ، وأن يحسن الفاعلية الاجتماعية والعلاقة بين الأشخاص ، وأن يكافأ الشخص اجتماعيا وماديا . ولكن على حين يتضمن التدريب التوكيدى تعليمات وممارسة للتعبيرات التلقائية عن المشاعر ، فانه يجب على المعالج أيضا أن يهتم بالنتائج المترتبة على مثل هذا السلوك فى العلاقات بين الأشخاص ، فعلى وجه الخصوص — يجب على المعالج أن يكفل لمثل هذا السلوك المكتسب حديثا طريقة مناسبة للتعبير عنه تلافيا لحدوث نتائج عكسية (Rimm&Masters,1974) .

وعرقل البحث فى سلوك التوكيد والتدريب التوكيدى بسبب نقص المقاييس الموضوعية الثابتة ، ويرجع ذلك بالتالى الى عدم وجود التعريف الدقيق المقبول بشكل عام للسلوك التوكيدى (McFall & Marston, 1970) ويتضح الجزء الأكبر من مشكلة التعريف فى الحاجة الى التمييز بين التوكيد والعدوان ، (Lazarus, 1971, Rathus, 1973, Alberti & Emmons, 1974) ويتضمن محاولة لتحـــديد المدى الذى يمثـــل فيه السلوك التوكيدى سمة شخصية أكثر من كونه رد فعل سلوكى لمواقف محددة (Rich & Schroeder, 1976) .

الممارســـة السلبيـــة Negative practice

يعمل التعلم الأصم rote learning واكتساب المهارات البدنيـــة

بوجه عام وفقا لما سماه «ثورندايك» (Thorndike, 1913) « قانــون المران » Law of exercise . وهذا القانون فى الواقع يعد قانونين : « قانون الاستعمال » ، و « قانون الترك أو الاهمال » واللذان ينصان على أن التعلم — اذا ما تساوت بقية الظروف — يصبح ميسورا عن طريق التكرار والتدريب والاستعمال ، على حين يحدث النسيان بوساطة الاهمال وعدم الاستخدام، انه يمثل اقرارا لمبدأ التعلم عن طريق العمل.

وقد اقترح « دانلاب » (Dunlap, 1928; 1930; 1932) طريقــة فنية علاجية للتخلص من العادات التى تتضمن أفعالا بدنية ، والتى تسير عكس هذا القانون . فقد افترض أن العادات يمكن التخلص منها اذا تم التدريب عليها أكثر — وليس أقل — وما ذلك الا الطريقة الفنية التى يشار اليها بالممارسة السلبية negative practice (Humphrey & Rachman, 1963; Rimm & Masters, 1974; Wooden, 1974) . وقد أمدنا « كلارك هل » (Hull, 1943) بالتدعيم النظرى لهذا الاجراء، وذلك بافتراضه أن الأداء المتكرر للسلوك يؤدى الى التعب ، على حين تؤدى الراحة الى تبديد هذا التعب . وحيث يكون التعب ممقــوتا والراحة سارة ، فان التدريب أو الممارسة الزائدة يتخذ خصائص المدعم السلبى، الذى يدعم انهاؤه استجابة «عدم الاستجابة» (Yates, 1958a).

تشــبع المنبــه Stimulus Satiation

تشبع المنبه هو محاولة التخلص من أنواع السلوك المكتسبة ، وذلك عن طريق خفض جاذبية المنبهات التى تحتكــر انتباه المريض . ويتحقق ذلك — كما يوحى الاسم — ببساطة — باشباع اهتمام المريض، وهو يعد طريقة فنية متممة للممارسة السلبية : فعــلى حين تتضمن الممارسة السلبية التكرار المستمر للاستجابة ، يتضمن تشبع المنبــه التكرار المستمر للمنبه (Gewirtz & Baer, 1958, Rimm & Masters; 1974) .

ويقتبس المؤلفان الأخيران «ايلون» (Ayllon, 1963) بوصفه أشهر مثال لاستخدام «التشبع» ، ولكن اذا أوردنا التراث غير المهنى ، فان ذلك الفضل يجب أن يعزى الى الملك «ميداس Midas .

وقد يكون من المستحيل فى التدريب على تشبع المنبه أن نفصله عن الممارسة السلبية ، ففى الأكل والتدخين القهرى مثلا ، قد يكون السلوك الخاص من جانب المريض ضروريا لتزويده بالمنبه وامداده به ، والعكس بالعكس (Rimm & Masters; 1974) .

الفيض (الغمر) ومنع الاستجابة Flooding and Response Prevention

العلاج بالفيض ومنع الاستجابة هما اسمان لطريقة فنية عامة لتقديم الأشياء والمواقف المثيرة للخوف بينما يمنع المريض من تجنبهما . وتبدو أصولهما النظرية فى العمل على تكوين استجابات التجنب واطفائها، وهما يشبهان فى بعض الجوانب كلا من التعلم الانفجارى وتعلم التجنب (Rimm & Masters, 1974) . ويستخدمان أساسا فى علاج اضطرابات المخاوف المرضية والوساوس القهرية . (Marks, 1972) .

العلاجات السلوكية : (٣) تعديل السلوك

تعديل السلوك Behavior Modification هو تطبيــق اجراءات الاشــراط الاجرائى Operant أو الوسيلى instrumental ونظــرية التعلم عند «سكنر» فى علاج المرض النفسى . ويعرف أيضا على أنه « الادارة الاحتماليــة » contingency management . ويستخدم أساسا فى علاج المرضى الذهانيين المقيمين فى المستشفيات والأطفال .

والمفهوم الأساسى فى تعديل السلوك هو «المدعم» Reinforcer والذى يعرف بأنه ناتج فعل يقويه أو يضعفه عندما يقدم أو يسحب (Tharp & Wetzel, 1969) . فالمدعم الايجابى سيزيد من تكــرار أى سلوك غير متوقع ظهوره ، على حين أن المدعم السلبى سيزيد من

حدوث أى سلوك عندما يسحب منه المنبه (Skinner, 1969; Rimm & Masters, 1974) .

ومفهوم التـدعيم له أصـوله النظرية فى « قانون الأثر » عند ثورندايك (Thorndike,1913) والذى يقرر أنه عندما تكون الاستجابة مصحوبة أو متبوعة بحالة رضا ، فانه يتزايد احتمال تكرار الاستجابة ، ولكن اذا كانت الاستجابة مصحوبة أو متبوعة بحالة من عدم الرضا فانه يقل احتمال تكرارها . (وقد عرف « حالة الرضا » اجرائيا ، بأنها الاستجابة التى لا يفعل الفرد شيئا لتجنبها ، وفى الواقع ، يفعل أشياء لكى تستمر أو تتجدد) .

ويشير الاسم البديل لتعديل السلوك : « الادارة الاحتمالية » الى اعادة تنظيم المكافآت والجزاءات البيئية أو التحكم فيها ، وهى التى تقوى استجابات معينة أو تضعفها : اعطاء المدعم بشكل احتمالى هو أن تعطيه فقط بعد السلوك الذى يتزايد تكرار حدوثه (Rimm & Masters; 1974, P.165) .

وتمثل الأشياء المادية أكثر المدعمات شيوعا بالنسبة للأطفـال والراشدين شديدى الاضطراب ، ومن المحتمل أن يكون السبب فى ذلك هو سهولة التحكم فيهم . ولكن مع المرضى الأكبر عمرا والأقل اضطرابا يتزايد استخدام أنواع السلوك الاجتماعى كالابتسامات وتعبـيرات المديح واعطاء فرصة للأداء أو للمشاركة فى نشاطات خاصة (Premack; 1965, Osborne, 1969) .

وقبل اختيار طريقة فنية علاجية معينة ، يجب على المعالج السلوكى أن يحدد السلوك أو السلوكيات المحددة التى يجب أن تتغير ، وتكرار حدوثها ، والمواقف التى تحدث فيها ، والمنبهات أو المدعمات التى يبدو أنها مسئولة عن دوامها أو الحفاظ عليها (Rimm & Masters, 1974) . وعندئذ يختار الطريقة الفنية العلاجية المناسبة ، ويحدد صدق مدعماته، ويكون اجراءات قياس التغيير فى السلوك الذى سيحاول احداثه .

وهناك خمسة طرق فنية شائعة يختار المعالج الطريقة المناسبة من بينها، وهى : الاشراط الاجرائى ، والعقاب ، والتعطيل ، واشراط الهروب ، واشراط التجنب •

الاشــراط الاجــرائى Operant conditioning

ميز «سكنر» (Skinnar; 1938) بين نوعين أساسيين من السلوك : السلوك المثار أو السلوك الاستجابى Respondent ، والسلوك الصادر أو السلوك الاجرائى ، وقد افترض أن هاتين الفئتين من الســلوك تكتسب أو تتعلم بطريقتين مختلفتين : الأولى بوساطة الاشــراط التقليدى أو الاستجابى ، والثانية بوساطة الاشراط الاجرائى • فمعظم الأداءات التى تتقنها الحيوانات فى السيرك والمتنزهات أو الحدائق البحرية يتم اكتسابها من خلال الاشراط الاجرائى • وقد أوضــح «سكنر» (Skinner, 1960) تعقد مثل هذا النوع من التعلم وثباته، باستخدام حمام مدرب يقوم بتشغيل جهاز توجيه القذائف الصاروخية أثناء الحرب العالمية الثانية •

الطريقــة الفنيــة

فى الاشراط الاجرائى يتبع السلوك المراد تعلمه بالحدث البيئى الذى يدعمــه أو يكافئه (Schwitzgebel & Kolb, 1974, P.40) ، والمثال التقليدى هو استخدام الطعام لتدعيم سلوك الضغط على الرافعة لدى الفئران •

المنبه الشرطى		الاستجابة الشرطية		المنبه غير الشرطى		الاستجابة غير الشرطية
CS	←	CR	←	UCS	←	UCR
(الرافعة)		(الضغط)		(الطعام)		(الأكل)

ويتضمن الاشراط الاجرائى عند استخدامه عمليا مفهومين بالاضافة الى مفهوم التدعيم : التدعيـم الانتقائى Selective reinforcement والتقريب المتتالى successive approximation أو التشكيل shaping .

ويشير التدعيم الانتقائى الى تقديم التدعيم فقط لتلك الاستجابات التى يريد المعالج أن يشجعها ، أما التشكيل فيشير الى الزيادة المطردة فى القدرة على تحديد المحكات التى يجب أن يدعم السلوك على أساسها. ففى البداية تدعم فئة عامة جدا من السلوك (مثل التلفظ بكلمـة ، استجابة لكلمة) ، كلفظ استجابة للفظ ، وعندما يتعلم ذلك اللفظ فان تلك الألفاظ التى تقترب من لفظ المعالج هى التى تكافأ فقط . وأخيرا ، يقدم التدعيم فقط للانتاجات الجيدة (النطق السليم) لكلمات المعالج. وبهذه الطريقة يحصل المعالج بشكل متتابع على اقتراب أشـد من السلوك المطلوب ، ويكون المريض قادرا على تعلم مهارة معقدة جدا بالبدء بالمكونات الأسهل والأكثر عمومية .

والبرنامج العلاجى الذى يشار اليه بشكل متكرر والمبنى على أساليب الاشراط الاجرائى هو « المكافآت الرمزية » token economy لدى « آيلون ، أزرين » ، وكان هذا البرنامج بمثابة محاولة لتحسين التكيف الاجتماعى لدى المرضى العقليين المزمنين « كمرضى فصـام المراهقة ، والمتأخرين عقليا ، والفصاميين ، والبارانويديين ، والذهانيين العضويين ، والاكتئابيين الدوريين ، وأمراض الشيخوخة ... الخ » (Ayllon & Azrin, 1968, P. 190) وذلك من خلال مكافأة مختلف أنواع سلوك الرعاية الذاتية كترتيب الأسرة وتغذية الفرد لنفسه . وكانت المكافأة عبارة عن عملات رمزية من البلاستيك يمكن استبدالها بمعاملات وامتيازات خاصة .

العقـــاب Punishment

يتضمن الاشراط الاجرائى تقديم المكافآت ، وهو يهتم — فى المقام الأول — بتقديم الأنماط التكيفية الجديدة من السلوك • وعلى حين يمكن أن يؤدى ذلك بشكل غير مباشر الى التخلص من الأنماط غـــير التكيفية من السلوك ، فان التخلص المباشر من هذه الأنماط غير التكيفية يتضمن تطبيق شكل ما من أشكال التنبيه الممقوت أو ما يسمى «العقاب» •

والعقاب هو استخدام الاستجابة المحتملة لمنبه له قيمة سلبية • ويعرف العقاب اجرائيا على أنه السلوك الذى سيدعم من خلال انهائه ، أو تجاهل اكتساب السلوك الجـديد ، وهو السلوك الذى سيرفض بوساطة الفرد اذا قدم كبديل لعدم وجود منبه على الاطلاق (Solomon, 1964, P. 239) •

وقد كان هناك ابتعـــاد عن استخدام العقاب لصـــالح التدعيم الايجابى ، وذلك بهدف تعديل السلوك • وقامت هذه الحركة — بالدرجة الأولى — على أسس انسانية وأخلاقية (Maurer, 1974) ، ولكن هذه الحـــركة تلقت أيضا بعض الدعم النظرى . فقــد اقتـــرح « سكنر » (Skinner, 1960) أن آثار العقاب تعد مجرد اخماد مؤقت للســلوك المعاقب ، وليس بمثابة التخلص الدائم منه ، كما أن العقاب يكـــون مصحوبا بعدد من الآثار الجانبية المعاكسة تفوق مميزاته بكثير • وعلى أى حال ، لا يوجد دليل حاسم على أن آثار التدعيم الايجابى تدوم أكثر من آثار العقاب (Solomon, 1964; Walters & Grusec, 1977) .

وقد كان رفض العقاب متأثرا بشكل واضـــح بارتباطه بالألم : عندما أعطى علماء النفس التجريبيون صدمات كهربية لمفحوصيهم فى المعمل عند عقاب الاستجابات غير الصحيحة ، كما استخدم العقاب البدنى فى المدارس والسجون • وعلى الرغم من وجود مدافعين عن

العقاب البدنى (Maurer, 1974) ، فقد كان هناك اتجاه نحو طرق فنية وأسماء أخرى (Killory,1974) .

الانطفـــاء Extinction

الانطفاء هو التخلص من السلوك الشاذ من خلال التقديم المتكرر للمنبه الشرطى دون المنبه غير الشرطى (Ullmann & Krasner, 1969) أو بشكل أكثر عمومية ، هو خفض تكرار حدوث السلوك من خـلال وقف التدعيم (Woodworth & Schlosberg,1955) • والمثال الشائع يتمثل فى تجاهل سلوك الأطفال الذى يهدف الى جذب انتباه الآخرين لهم ، ومن المحتمل أن يكون الانطفاء صورة أكثر اعتدالا من صور العقاب •

التعطيـــل Time out

يعد التعطيل ــ بعد الانطفاء ــ صورة أكثر اعتدالا من صور العقاب • والتعطيل هو ازالة الاستجابة المحتملة من الوصول الى مصادر التدعيم لفترة محـــدودة من الوقت (Leitenberg, 1965; Benoit & Mayer, 1975) ويختلف التعطيل عن الانطفاء ، ففى الانطفاء يمنع التدعيم عن سلوك معين، أما فى حالة التعطيل فيحرم الفرد تماما من كل تدعيم اما بنقله الى موقف غير مدعم أو بابعاد كل مصادر التدعيم عن الموقف الحالى • وهو يعد احتمالا أكثر تنفيرا من الانطفاء (Benoit & Mayer, 1975) • ويعد ارسال الوالد الطفل الى حجرته لسوء تصرفه فى موقف ذى نشاط اجتماعى يفضله الطفل ، مثالا شائعا للتعطيل •

اشـــراط الهـروب Escape conditioning

يشير اشراط الهروب الى تقديم منبه مكروه ، ويؤدى انهاء تقديم مثل هذا النوع من المنبه الى حدوث نوع من السلوك الاجرائى ، ولذلك

فهو يشبه التدعيم السلبى (Guthrie, 1935) • وقد وصف « بوند ، ايفانز ». (Bond & Evans, 1967) استخدام اشراط الهروب فى علاج الأثرية أو التميمية Fetishism للمــلابس الداخلية لدى اثنين من الرجال •

اشـــراط التجنب Avoidance conditioning

اشراط التجنب هو الاجراء الذى لا ينهى المنبه المكروه ، بل ترجأ فيه الاستجابة له أو يتم تحاشيه • وهو يشبه الاحداث التجــريبى للخوف المرضى (انظر الفصل العاشر) ، الا أن التركيز هنا قد يكون على الاستجابة السلوكية التى لن تحدث ، أكثر من التأكيد على القلق وسلوك التجنب الذى يحدث • وان الاعتذار حتى يتجنب الفرد العقاب هو السلوك الذى يمكن أن يدوم عن طريق اشراط التجنب •

العلاجات السلوكية : (٤) نظرية التعلم الاجتماعى

افتــرض « ميشيل » (Mischel, 1968, 1971, 1973) أنه توجد ثلاث طرق يمكن للأشخاص أن يتعلموا (ولا يتعلموا) من خلالهـــا : الاشـــراط التقليـــدى ، الاشـــراط الاجرائى ، التعـــلم بالملاحظـــة observational learning أو الاقتـــداء modelling • وقد أقرت الطريقتان الأوليان بوساطة منظرى التعلم ، ولكن الطريقة الأخيرة تعد فكرة حديثة نسبيا ومثيرة للجدل ، وتوجد جذورها فى عمل «باندورا» وزملائه •

والتعلم بالملاحظة يحمل فى طياته القبول الضمنى للمفاهيم العقلية، مشيرا الى أنه اذا كان الناس غير واعين بما تم تدعيمه ، فان احتمالات حدوث الاستجابة تكون ضئيلة الأثر • ويتمثل أثرها فى سلب دلالات الانسان وجعله كانسان آلى : تغير النتائج السلوك من خلال التفكير

الدخيلة وعمليات التقييم ، وتعمل كباعث للدافعية فضلا عن كونها موجهة ماكرة للتصرف ومتحكمة فيه (Bandura, 1975, P. 14) .

الاقتـــــداء

يشير الاقتداء الى التعلم الذى يحدث بعد مجرد ملاحظة شخص آخر يؤدى السلوك المراد تقبله (Bandura, 1971) . ويمكن أن يكون النموذج اما شخصا حقيقيا (Bandura, Blanchard & Ritter, 1969) أو فيلما سينمائيا (Bandura, Ross & Ross, 1963) . ويقف الاقتداء — كعملية تعلم — فى تعارض واضح مع « التعلم عن طريق العمل » ، والذى يمثل جوهر « قانون المران » عند «ثورندايك» (Thorndike; 1918) .

والتعرض للنماذج يتضمن التعرض للسياق الذى يحـدث فيه السلوك ، ولذلك لا يوصف السلوك فقط ، بل يوصف أيضا فى علاقته بالموقف البيئى المرتبط به (Rimm & Masters, 1974) ويتمثل أثر أسلوب التعلم بالاقتداء فى تبنى كل من الأفعال المقتدى بها ، والتغيرات المرتبطة بالاتجاه والاستجابة الانفعالية (Bandura, Blanchard&Ritter,1969).

ويقوم التعلم بالاقتداء فى نطاق معين فى العـلاج الجمعى (انظر الفصل الثانى عشر) . وقد طور بوصفه طريقة فنية خاصـة يطلـق عليهـا « التسميع السـلوكى » Behavior Rehearsal . (Lazarus, 1966) ، والاستخدام الأساسى له فى التخلص من المخاوف المرضية ، ولكنه يستخدم أيضا فى ادخال السلوكيات التكيفية الجديدة فى مخزون المريض ، وفى تسهيل استخدام أنواع السلوك الموجود فعلا أو عدم كفه ، وكذلك فى اطفاء الخوف الذى يؤدى الى كف أنواع معينة من السلوك (Rimm & Masters, 1974) .

ليس للعلاج السلوكي تعريف عام مقبول (Lazarus & Wilson, 1976) • ويعد العلاج السلوكي رد فعل لأوجه القصور في العـــلاج النفسي بوجه عام ، وللتحليل التقليدى بوجه خاص ، وهو يمثل وضعا سياسيا وأيديولوجيا بقدر ما هو نظرية علمية (London, 1972) •ولذلك فان تقييم العلاجات السلوكية يتضمن وضع مكانتها النظرية فى الاعتبار بالمقارنة الى التحليل التقليدى ، وصدق نظريات التعلم التى تسعى الى تطبيقها ، بالاضافة الى مدى فاعليتها فى علاج السلوك الشاذ •

المكانة النظرية للعلاجات السلوكية بالمقارنة بالتحليل التقليدى

تختلف العلاجات السلوكية عن العلاجات النفسية ــ بادىء ذى بدء ــ فيما يتعلق بتصورهما عن مفهـــوم المرض النفسى والاجراءات العلاجية العامة • وقد أدى التطور التالى فى التعديل المعرفى للسلوك (انظر الفصل ١٢) الى ايضاح كيف أن الطرق السلوكية والمفاهيـــم النفسية غير مقصورة عليها ، وأن السلوكية تعد منهجا أكثر منها نظرية، ولكن كثيرا من الخلافات القديمة مازالت مستمرة • وهى تركز على التعامل مع المريض ، وأهمية العلاقة بين المريض والمعالج ، وفاعلية العلاجات السلوكية مع الأنواع المعقدة من العصاب ، واستمرار الشفاء، وابدال العـــرض symptom substitution ، وكذلك أهداف العلاج •

التعامل مع المريض

يؤدى تركيز السلوكيين على الأحداث البيئية بوصـــفها أسبابا للسلوك ورفضهم للمفاهيم النفسية الى نموذج للسلوك آلى (ميكانيكى) يعتمد على الحتمية • وحينما طبق هذا النموذج فى الجلسات العلاجية أفضى الى واجبات معينة متصلة بالتعامل مع المريض ، وضبط سلوكه

والتحكم فيه ، وتجريد المريض من الصفات الانسانية (O'Leary & Wilson, 1975) • ويعد هذا النقد صادقا فقط فى حالة المرضى من الأطفال أو من المتخلفين عقليا أو من الذهانيين • وعادة ما يلجأ المرضى العصابيون وذوو الأعراض المحددة أو العادات النوعية بشكل ارادى للعلاج ، ويناقشون مشكلاتهم مع المعالج ، ويحددون الهدف الذى يقبلونه من العلاج بالاشتراك مع المعالج • وبناء على ذلك ، فعلى الرغم من أن الاجراء العلاجى المحدد يتم على أساس نموذج حتمى ، فان العملية العلاجية الكاملة تحدث فى سياق يشيع فيه القبول الضمنى للمفاهيم النفسية وحرية الارادة •

العلاقة بين المعالج والمريض

ان تأكيد المعالجين السلوكيين على الطريقة الفنية وعلى المنهج يقابله بوضوح تركيز المعالجين النفسيين على العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض • وقد افترض (Schofield, 1964) أن هذه العلاقة هى المتغير العلاجى الأساسى • وأوضح «وولبى» (Wolpe, 1962) أن هذه العلاقة يمكن أن تهمل ويظل العلاج السلوكى فعالا • ولكن ثمة اعتراف متزايد بأهمية العلاقة بين المعالج والمريض فى العلاجات السلوكية (DeVoge & Beck, 1978) .

فاعلية العلاجات السلوكية مع الأنواع المعقدة من العصاب

يسلم مفهوم التحليل النفسى التقليدى للعصاب بوجود الصراع اللاشعورى الذى يعد السلوك الصريح مجرد عرض له • وقد ذهب أصحاب التحليل النفسى الى أن العلاجات السلوكية فعالة فقط مع أنواع السلوك الشاذة أو العادات غير السوية وليست فعالة مع الصراعات •

وقد كان هذا الجدل على درجة عالية من الصدق فى الستينيات أكثر منه فى السبعينيات ، فكلما تطورت العلاجات السلوكية أصبحت تطبق بنجاح على العديد من المشكلات (Mahoney, Kazdin & Lesswing; 1974) • ومع ذلك ، ينظر المحللون النفسيون الى أى نجاح يحققه المعالجون السلوكيون مع الأنواع المعقدة من العصاب على أنه اما نجاح مؤقت ، أو نجاح خادع • ويثير النجاح المؤقت مشكلة دوام الشفاء واستمراره ، أما النجاح الخادع فيثير مشكلة ابدال العرض •

دوام الشــفاء

يمثل مدى استمرار آثار العلاج السيكياترى أحد المحكات المهمة لفاعلية هذا العلاج (Wolpe, 1964) • وهذا هو السؤال الواقعـى العملى (الامبيريقى) الذى يكون من الصعب جدا الحصول على اجابة حاسمة له • وتتضمن الاجابة عن هذا السؤال الاحتفاظ بعلاقة مستمرة مع المرضى لمدة زمنية غير محددة بعد انتهاء العلاج ، ووضع بعـض الفروق التحكمية بين حدوث نكسة ونشأة اضطراب جديد •

فاذا كسرت ساق المتزحلق فى الشتاء ، فانه من ثم سيقضى الربيع والصيف فى فترة نقاهة ، ثم يعود الى المنحدرات فى الشتاء التالى وتكسر ساقه مرة ثانية ، فيكون من الواضح أن هذا بمثابة كسر جديد ، وهنا لن يثار السؤال حول فاعلية العلاج • ولكن اذا نشأ لديه مرض نفسى أو عقلى بدلا من كسر ساقه ، كالاكتئاب مثلا ، ثم ظهـرت نوبة ثانية من الاكتئاب ، فهنا سيثار السؤال حول الفاعلية العلاجية، سواء أكان ذلك بالنسبة لنوبة الاكتئاب — أى بالنسبة للمرض الدورى الذى يفترض أنه يشكل الأساس لتلك النوبات الاكتئابية — أم بالنسبة للشخصية المعرضة للمرض أو غير الملائمة (العاجزة) ، والتى يفترض أنها تجعل الفرد عرضة لنوبات الاكتئاب •

وقد اقتـــرح «ايزنك» (Eysenck; 1960;1964) أن الشخصيات المنطوية تتكون لديها الاستجابات الشرطية بسرعة أكثر من الشخصيات المنبسطة ، والتى ما ان تتكون فانه من الصعب اطفاؤها ولذلك يكون من المحتمل حدوث النكسات فى حالات اضطرابات الطباع أو الخـلق، وفى علاج الأثرية (الفيتيشية) ، والادمان الكحولى ، وادمان العقاقير ...الخ ، أكثر مما فى حالة الاضطرابات العصابية • وقد اقترح أيضا (Eysenck, 1967b , 1975) أن الأساس فى هذه الفروق ليس هو الخبرة السابقة أو اجراءات الاشراط ، وانما الجبلة والجانب الوراثى للمريض• وبناء على ذلك فان دوام الفاعلية ستكون تابعة للتدخل البيولوجى وليس للعلاج السلوكى •

ابــدال العــرض

وفقا لتصور التحليل النفسى للعصاب ، يعد السلوك الصريح الشاذ حيلة دفاعية وعلامة أو عرضا لصراع كامن يفيد فى حماية الفرد من أن يغمره القلق المرتبط بذلك الصراع • ولذلك يرى المحللون النفسيون أن ازالة العرض دون حل الصراع يؤدى فقط الى ظهور عرض آخر يقوم بعمل العرض الأول أو يحل محله (Yates, 1958b, 1962; Bookbinder, 1962) •

ويرى «باندورا» (Bandura, 1969) أنه من المستحيل أن نتعامل مع هذا النقد حيث انه لا العرض البديل ولا الظروف التى يحدث فى ظلها محددة عادة • وهناك أيضا عدد من المشكلات التعريفية (المتصلة بالتعريف) والمنهجية (Cahoon, 1968) .

وهناك ظروف قد يستبدل فيها السلوك غير التكيفى بسلوك آخر • (Meyer & Crisp, 1966; Ullmann & Krasner, 1969, Wolpe, 1969; Balson, 1973) فالهدف الواضح للعلاج بالكف التبادلى لدى

«وولبى» مثلا ، هو استبدال الأعراض العصابية بأخرى ، أي بنمط استجابة مقبول • ولكن تسمية أى من السلوكين – بشكل صحيح – عرضا Symptom يعتمد على تعريف المرض أو الاضطراب •

لقد فشل القدر الأكبر من الأدلة المنشورة فى تأكيد فكرة ابدال العرض (Bandura, 1969, Wolpe, 1969; Lazarus, 1971) • ولكن افترض أن حجج المحللين النفسيين كانت فى صالح فكرة ابدال العرض، بسبب خبراتهم مع العصابيين الهستيريين ، على حين أن حجج المعالجين السلوكيين تقف ضد هذه الفكرة ، وذلك لأن خبراتهم مع المخاوف المرضية (Blanchard & Herson, 1976) •والواقع أن هذا الفرق فى نوعية الاضطراب الذى يتعامل معه المعالجون المختلفون ، وكذلك الميل الزائد لدى المعالجين السلوكيين للبحث والنشر أكثر من غيرهم ، هو الذى جعل أغلبية ما ينشر من براهين تقف ضد ابدال العرض •

أهداف العلاج

المشكلة المحيرة فى النزاع بين المعالجين السلوكيين والمحللين النفسيين ، هى أنه نظرا لتصوراتهم المختلفة للمرض النفسى ، نجد لديهم أهدافا علاجية مختلفة : ففى حين يحاول المحللون النفسيون تغيير الشخصية ، يحاول المعالجون السلوكيون تغيير السلوك •

وقد يعد جانبا من هذا الخلاف ، خلافا لفظيا صرفا ، ففى الواقع نجد أن التحليل النفسى أسس على مبادىء التعلم مثله فى ذلك مثل العلاجات السلوكية (White & Watt, 1973) • كما كانت هناك فى الحقيقة محاولات لترجمة مفاهيم التحليل النفسى الى مصطلحات نظرية التعلم (Dollard & Miller, 1950; Bandura, 1961, Wolf, 1969) . ولكن الخلاف كان حول ابداع العرض ، والفاعلية النسبية لهذين

الأسلوبين العلاجيين فى علاج الأنواع المعقدة من العصاب ، ويعكس ذلك أيضا مستويات مختلفة من المفاهيم والتصورات العقلية .

صدق نظريات التعلم

تعد العلاجات السلوكية أكثر «علمية» من العلاجات النفسية التقليدية . ومن الناحية الفنية (التكنولوجية) تؤكد العلاجات السلوكية على التحليل الموضوعى لمشكلة المريض وضبط الموقف العلاجى ، فضلا عن تكميم البيانات . وعند هذا المستوى فان العلاج السلوكى يعلن قرابته للمدرسة الأعرض فى علم النفس وهى السلوكية .

وتستند دعاوى العلاج السلوكى باحترام العلمية ، الى حد ما ، على صدق نظريات التعلم التى يطبقونها وثباتها . ومع ذلك فقد لقى قليل من هذه النظريات قبولا عاما حتى من قبل منظرى التعلم أنفسهم، كما أن قيمتها خارج التجربة المعملية البسيطة والمضبوطة تعد محل شك.

وقد افترض أن نظريات التعلم المستخدمة بوساطة المعالجين السلوكيين والقائمين على تعديل السلوك غير قادرة على تفسير نتائج دراسات التعلم (Breger & McGaugh, 1965; Brewer; 1974) ونجد أن «رازران» (Razran, 1935) ، و «وودوورث» (Woodworth, 1938) ، «أسجود» (Osgood, 1953) يؤكدون جميعا — قبل ظهور التعديل المعرفى للسلوك بزمن طويل — على الحاجة الى عمليات وسيطة بين المنبه والاستجابة لتعويض الجوانب غير الملائمة فى الاشراط البسيط (Bandura, 1974; Beck, 1976) ، ثم انظر الى رد « وولبى » (Wolpe, 1978) .

ان السلوك الانسانى ظاهرة معقدة جدا ، والمنهج العلمى الذى تقبله السلوكيون يتطلب تحليل مثل هذا السلوك أو تقسيمه الى الأجزاء

المكونة له ، حيث يمكن أن تدرس هذه الأجزاء عندئذ تحت الظــروف التجريبية المضبوطة فى المعمل • وتعتبر نتائج مثل هذه التجارب عندئذ أساسا للتعميمات فيما يتعلق بالسلوك خارج المعمل • ولكن حدود هذا الاجراء جوهرية ذات دلالة (Bakan, 1965, Chapanis, 1967, Coons, 1968) •

ويجب أن يقتصر التعميم ، على أى حال ، على مستوى التعقيد الذى اختير للبحث ، فمثلا ، تعــد القوانين التى صيغت بوســاطة «ابنجهاوس (Ebbinghaus; 1885) صادقة فقط بالنسبة لتعلم المقاطع الصماء ، ومع ذلك فقد قبلت هذه القوانين بوصفها تفسيرات لتعلم كل المواد ، بالرغم من أن ذلك مناقض للخبرات الشخصية •

ويبرهن المعالجون السلوكيون على أن المريض النفسى اما أنه يجب أن يتعلم السلوك التكيفى ، أو أنه يجب ألا يتعلم السلوك غير التكيفى، الا أن « توماس ساس » Thomas Szasz يتحــدث لصالح المرضى النفسيين لكونهم أشخاصا يواجهون مشكلات فى الحياة • وهناك فرق مهم بين التعلم — وبخاصة من نوع التعلم لدى «ابنجهاوس» — وبين حل المشكلات •

وييسر التعلم من النوع الذى درســه «ابنجهاوس» عن طريق التكرار المستمر الذى يمتد لفترة زمنية ، ومن ثم لا يتراكم فيها التعب، وهو يتلاشى أيضا بمعدل يمكن التنبؤ به • ومن ناحية أخرى ، ييسر حل المشكلات بوساطة الجهد المركز أكثر من التدريب الموزع ، وعندما تحل المشكلة يكون من الصعب نسيانها (Arnold, 1961; PP.3-4) • وقد أهمل الفرق بين الفهم والتعلم الأصم وأصبح غامضا فى كثير من نظريات التعلم الأكاديمى •

والتعميم من جمهور من المفحوصين الى جمهور آخر يجب أن يؤخذ أيضا بعين الاعتبار (انظر على سبيل المثال : (Carlson, 1971 فكل نظريات التعلم التى تبناها المعالجون السلوكيون قد طورت من خلال نتائج التجارب المعملية ، وأجرى معظمها على الكلاب ;Pavlov, 1927) (1928 والقطط (Guthrie 1935) ، والفئران (Hull, 1943) والحمام (Skinner; 1938) والأطفال (Skinner, 1954) أو طلاب الجامعات (Thorndike, 1898) فاذا كانت نتائج التعميم عبر المواقف ، من تعلم المقاطع الصماء فى المعمل الى حل المشكلات الاجتماعية بين الأشخاص فى العالم الخارجى ، موضع شك ، فان التعميمات عبر الأنواع يكون مشكوكا فيها أكثر .

وقد أدت محاولات المعالجين السلوكيين لتبنى المنهج التجريبى المعملى فى دراسة السلوك الاجتماعى وما بين الأشخاص الى استخدام لغة السلوكية للاشارة الى مفاهيم مختلفة الى حد ما . فهم يستخدمون، مثلا ، مصطلحى «المنبه» و «الاستجابة» ، ولكنهم يستخدمونهما لوصف الأحداث وأنواع السلوك التى تعد مجازية بالنسبة للاستخدام التقليدى لهذه المصطلحات فى علم النفس .

وقد تعرض للنقد أيضا تأكيد المعالجين السلوكيين على «التدعيم» و « الادارة الاحتمالية » — فاذا كان لمفهوم التدعيم أى معنى مفيد ، فيجب أن يعرف المدعم بشكل مستقل عن السلوك الذى يدعمه . وتلك المشكلة تجادل حولها منظرو التعلم بالتفصيل .

ويتمثل الحل الشائع لهذه المشكلة فى أن نثبت أن المدعم سيدعم السلوك فى المواقف المختلفة ، ولكن ، كما أشار «بريجر» و « ماك جوف » (Breger & McGaugh, 1965,P.347) : لا تختلف المدعمات من فرد

الى فرد ، ومن نوع الى نوع ، ومن موقف الى موقف ، ومن وقت الى وقت (فالقول بأن « لحم رجل ما هو الا سم رجل آخر » قول مبتذل ولكنه حقيقة) • وفضلا عن ذلك فقد اقترح «بريماك» (Premack; 1965;1971) أنه سواء أعملت الاستجابة كمدعم ، سلبى أم ايجابى ، فانها ستعتمد على السياق العام للاستجابات والتى تحدث فيه • ويختلف هذا المفهوم النسبى للتدعيم اختلافا جوهريا عن المفهوم المطلق المتضمن فى كثير من النظريات السلوكية (Danaher, 1974) •

وعلى ضوء هذه الانتقادات فمن الصعب أن نختلف مع « لوك » (Lock, 1971) عندما أعلن أن أساليب العلاجات السلوكية لا تتسق مع المقدمات الأساسية للسلوكية •

فاعلية العلاجات السلوكية

أورد عدد من الدعاوى التى تؤيد فاعلية العلاجات السلوكية أكثر من العلاجات النفسية التقليدية (Eysenck, 1960; Wolpe, 1960 Bandura, 1961; Lazarus,1963) وبوجه عام ، تعد العلاجات السلوكية أكثر نجاحا فى علاج الاضطرابات العصابية التى تتضمن سلوكا شاذا محددا ، مثل : التشنجات المهنية occupational cramps والتهتهة stuttering والخلجات tics ••• الخ • ولم تكن النتائج جيدة بالنسبة لاضطرابات الطباع أو الخلق ، وهناك عدد قليل من التقارير عن الذهانيين الذين شفوا نتيجة لتعديل السلوك (Grossberg, 1964) .

وربما كان أعظم اسهام قدمه العلاج السلوكى الى علم النفس المرضى هو تأكيده على المنهج العلمى والحاجة الى البيانات الموضوعية التى توضع الصياغات النظرية على أساسها (Goldstein, 1973) . لكن « بريجر ، ماك جوف » (Breger & McGaugh, 1965) قاما بمسح لكل الدراسات المنشورة فى مجلتين كبيرتين خلال أوائل الستينيات ،

فوجدا أن جميع الدراسات ـ باستثناء دراسة واحدة ـ كانت «دراسات حالة» case studies ، وبالنسبة للدراسة المستثناة ، فعلى الرغم من أنها كانت دراسة مضبوطة فانها أجريت على طلاب جامعة أسوياء وليس على مرضى سيكياتريين • لم يقم الدليل اذن على فاعلية العلاج السلوكى أكثر من العلاجات النفسية التقليدية ، ويؤيد ذلك الدراسات العلمية التى أجراها المعالجون السلوكيون أنفسهم •

العلاجات الاجتماعية الحضارية

تمثل العلاجات الاجتماعية الحضارية sociocultural therapies محاولات لعلاج السلوك الشاذ اما عن طريق التحكم فى البيئة الاجتماعية للمريض ، أو بوساطة تعديل تلك المظاهر أو التخلص منها أو تقليلها ، تلك المظاهر التى تعد مرضية • وتركيز هذه العلاجات على الفرد ليس كبيرا بقدر ما ينصب على الاطار الاجتماعى الذى يعيش الفرد داخله • وتتضمن تلك العلاجات : العلاج الأسرى ، الفحص الاجتماعى للحالة ، الطب النفسى للمجتمع •

العلاج الأسرى Family Therapy

يفترض العلاج الأسرى أن الشخص المضطرب هو بمثابة عرض لوضع الأسرة المضطرب ، ويوجه هذا العلاج اهتمامه الى التفاعلات بين الأشخاص والتواصل بين أعضاء الأسرة • وليس فى هذا العلاج مجموعة مقبولة بوجه عام من الاجراءات • ولكن يحتمل أن يكون أكثر هذه الاجراءات شيوعا : العلاج المشترك Conjoint Therapy للأسرة ، (Satir, 1964 Ackerman, 1966) الذى يلتقى فيه المعالج بالأسرة كاملة • ويمارس أيضا العلاج الأسرى المتزامن concurrent الذى يرى فيه المعالج أعضاء الأسرة بشكل فردى ، والعلاج الأسرى التعاونى

الذى يرى فيه أعضاء الأسرة بشكل Collaborative Family therapy
فردى بوساطة معالجين مختلفين ، حيث يقارنون التقدم والنتائج •

ويميل معظم المعالجين اما الى اتباع التوجه التحليلى النفسى أو التوجه القائل بالذاتية ، ولكنهم يعملون مع أعضاء الأسرة المتكيفين بشكل واضح لكى يعالجوا العضو غير المتكيف بوضوح • ويعــدون النسق الاجتماعى للأسرة الانحراف الأولى الذى يشكل بؤرة اهتمامهم الأساسى •

العمل مع الحالات الفردية Social case work

يعرف العمل مع الحالات الفردية على أنه « العملية المستخدمة بوساطة وكالات (أو أقسام) معينة لرفاهية الانسان ، لمساعدة الأفراد فى التغلب على مشكلاتهم فى الأداء الاجتماعى بشكل أكثر فاعلية » • Perlman, 1957 P.4 • وهو أيضا عملية حل المشكلات بطريقة عملية (برجماتية) • والخطوة الأولى فى اتخاذ الاجراءات التى تساعد على حل المشكلات ، هى أن تحدد أسباب عدم قدرة الفرد على حل مشكلاته الخاصة • والسببان الأوليان ، من بين ستة أسباب حددت بوساطة « بيرلمان » (Perlman; 1957) ، هما : عدم توافر الموارد الضرورية ، والافتقار الى المعرفة بالموارد المتاحة •

الطب النفسى للمجتمع Community Psychiatry

مر علاج المرض النفسى بثلاث ثورات (Hobbs, 1964) ، وقد كان المرض النفسى والعقلى مرتبطا فى البداية بادراك المجتمع للشذوذ المعرفى ورفضه ، مثل : السلوك غير العاقل ، الهلاوس ، التوهمات ••• الخ • وفسر المرض النفسى وعولج فى اطار السياق الدينى • وقد حدثت الثورة الأولى عندما أخرج المرض النفسى والعقلى من ذلك السياق ،

ونظر اليه بوصفه ظاهرة بيولوجية ، أى أنه مرض مثله فى ذلك مثل أى مرض آخر ، وبذلك استحوذ على انتبـاه التخصصات الطبية . وارتبطت الثورة الثانية « بسيجموند فرويد » ، وقد تميزت بانتقال المرض النفسى من المجال البيولوجى الى علم النفس ، واتساع تعريف المرض النفسى والعقلى ليشـمل الوجدان والاضطرابات الوجدانية ، وقبول التعريف الذاتى للمرض . وتضمنت الثورة الثالثة تصور المرض النفسى بوصفه عرضا للاضطرابات الاجتماعية ، وذلك من خلال اتساع تعريف المرض النفسى ليشمل الاستعداد للمرض .

وبالرغم من ذلك كانت هناك اشارات لاعادة الدورة كاملة ، ورجوع المرض النفسى الى السياق الدينى فى أواخر الستينيات مع التركيز على المسئولية والتكامل الشخصى فى العلاج الواقعى والتكاملى . وأسهم الطب النفسى التقويمى Orthomolecular Psychiatry الى رجوعه الى المجال البيولوجى خلال السبعينيات . وقد سـيطر المنحى الاجتماعى الحضارى على الاتجاه السائد فى ممارسة الطب النفسى خلال الستينيات والسبعينيات .

وقد ارتبطت الثورة الثالثة على نحو نموذجى باللقب التصديرى الذى يوضع فى المقدمة ، ألا وهو «المجتمع» ، كما فى الطب النفسى للمجتمع أو الصـحة النفسية للمجتمع (Golann & Eisdorfer, 1972 Denner & Price; 1973; Bellak, 1974) وهو منحى للعلاج ازدهر عندما كانت « ديمقراطية المشاركة » شعار التقدميين فى كل أنحاء المجتمع الغربى . وعلى أى حال ، فمن الصعب تعريفه بدقة حيث انه يضـم عددا من الحـركات المختلفة (Dunham, 1965, Hume, 1974) وقد وصف « سميث ، هوبز » (Smith & Hobbs, 1966) أهدافه كالتالى : تجنب تمزيق أنماط المعيشة الطبيعية بعلاج الناس فى مجتمعهم المنزلى ، وجعل المدى الكامل من الموارد متاحا بسهولة لأولئك الذين يحتاجونه ،

وتشجيع الكشف المبكر عن الأمراض وعلاجها ، وتقوية موارد المجتمع وبذلك تسهل الوقاية .

ويعد الطب النفسى للمجتمع رد فعل للرعاية الصحية المركزية والمعتمدة على المؤسسات بفاعليتها المحدودة فى علاج الذهانيين الحقيقيين (Royal Commission, 1957; Dunham, 1965) ،كما يعد رد فعل أيضا لعدم المساواة الاجتماعية فى نظام الرعاية الصحية ، حيث يتلقى العصابيون الأثرياء نسبيا والمتعلمون تعليما جيدا اهتماما أكثر من الذهانيين ذوى المكانة الاجتماعية الهامشية والكفاءة المحدودة (Hollingshead & Redlich; 1958; Smith & Hobbs; 1966) .

ويشير جانب كبير من أيديولوجية الطب النفسى للمجتمع إلى اهتمامه بالمنهج أكثر من النظرية ، ويتضح ذلك من السياق العام للبناء الاجتماعى المتغير والآراء المتغيرة حول دور الأفراد داخل هذا البناء (Bennett, 1978) وقد قدم « بلوم (Bloom, 1973) قائمة بتسع خصائص لحركة الصحة النفسية للمجتمع ، احداها فقط « تحديد مصادر المشقة أو الانعصاب stress فى المجتمع وليس داخل الفرد المريض » هى التى أشارت الى مفهوم المرض النفسى والعقلى .

ويتلخص تصوره الأساسى للمرض النفسى على أنه شبيه باضطراب اجتماعى ينشأ من انهيار أنساق الدعم الاجتماعى الطبيعية ويسهم فيها ، وليس على أنه محنة ذاتية أو ألم وضيق يصيب الفرد . ويؤدى هذا التصور للمرض النفسى الى تسهيل الأداء فى المجتمع وأجهزته الاجتماعية : اذ ينظر الى المجتمع عى أنه أكثر من « مستجمع الأفكار أو الأرض التى تجرى فيها مياه الأمطار الى نهر » ، حيث يستمد الطبيب النفسى من هدا المجتمع مرضاه ؛ فهذا المجتمع هو المريض ذاته.

وقد استبدل الطب النفسى للمجتمع — فى سبيل بلوغه أهدافه — بالنموذج الاكلينيكى clinical model للرعاية الصحية نموذج الصحة العامة public health . فهو لا يكرس فقط للعلاج الملائم لكل فرد ، بصرف النظر عن الثراء والوضع الاجتماعى ، ولكنه أيضا يشجع الكشف المبكر Early detection ، أى العلاج الوقائى والوقاية الأولية (Hobbs, 1964; de la Torre, 1973) ، مع التركيز المصاحب على الأطفال والمرحلة الارتقائية (Smith & Hobbs, 1966) .

ويقدم «كابلان» (Caplan; 1964) تمييزا بين الوقاية من الدرجة الأولى والوقاية من الدرجة الثانية ، والوقاية من الدرجة الثالثة . وتمثل الوقاية من الدرجة الأولى ايجاد البيئة التى تمنع نمو السلوك الشاذ ، فى حين تمثل الوقاية من الدرجة الثانية علاج الأفراد الذين يكونون عرضة لتطوير السلوك الشاذ . وتمثل الوقاية من الدرجة الثالثة علاج السلوك الشاذ ذاته .

وهناك أيضا تركيز على استبقاء المرضى النفسيين فى بيئتهم المنزلية وعلاجهم فيها ، وذلك لتقليل المشكلات الثانوية ، أو الآثار الجانبية المعاكسة والتى يمكن أن تنشأ عن تمزيق الأسرة وعلاقات العمل (Hume, 1974) .

وتمثلت النتيجة النهائية فى اتساع مفهوم المرض النفسى والعقلى من خلال اعادة تعريفه على أنه « الفشل فى التغلب على المشكلات » . ويتضمن المرض النفسى والعقلى — بالنسبة للطبيب النفسى فى المجتمع — كل أشكال السلوك المنحرف اجتماعيا ، كالمدمنين ، ومتعاطى الكحوليات ، والمسنين ، والجانحين ، والمتاخرين عقليا (Smith & Hobbs, 1966) بالاضافة الى « مشكلات المعيشه » (Dunham, 1965) كما يندرج من لديه استعداد للمرض النفسى ، وكذلك المريض النفسى فى الوقت الحاضر

تحت فئة أولئك الذين يعدون فى حاجة للعلاج السيكياترى ، وان يكن العلاج وقائيا • (ويمكن أن يكون الفرد « مريضا نفسيا مرتقبا أى على سبيل الاحتمال» استنادا الى استعداداته البيولوجية/ السيكولوجية، أو طريقة حياته والبيئة التى يعيش فيها • وتعد الأخيرة هى الأساس النظرى الذى يتجه نحوه الطب النفسى للمجتمع ، الا أنه من ناحية الممارسة فليس هناك تمييز بينهما) •

ويقصد باتساع مفهوم المرض النفسى والعقلى هذا ، أن الطب النفسى للمجتمع يتضمن خدمات لا تعد — فى العادة — خدمات للصحة النفسية : كالتعليم ، والصناعة ، والتدين ، والرفاهية ، والشرطة ، والمحاكم ، واصلاحيات الأحداث ، وحتى الترفيه ، والتواصل ، والعمارة، وتخطيط المدينة (Hobbs, 1964) • ويعنى ذلك بدوره عدم توافر عدد كاف من تخصصات الصحة النفسية — من أطباء واخصائيين نفسيين، واخصائيين اجتماعيين ، وممرضات سيكياتريات ••• الخ — لتعالج بشكل ملائم الأفراد الذين يعدون الآن فى حاجة لمثل هذا العلاج • وبناء على ذلك ظهرت محاولات لاعادة تعريف دور الطبيب النفسى وجعله مستشارا لمؤسسات المجتمع أكثر من كونه معالجا شخصيا ، ومشرفا على أفراد « مختارين بعناية ولكن ذوى تدريب محدود » (Hobbs,1964) يطلق عليهم تسمية « أفراد يؤدون المهنة من خارج التخصص » paraprofessional •

وفيما يتعلق بتقديم الخدمات للأطفال تم الاعتراف بأنه لا يوجد دليل على أن التدخل المبكر فى مشكلات الأطفال يقلل من امكانية حدوث المرض النفسى عند الرشد ، ولكنه اعتبر فرضا معقــولا • وبما أن مشكلات الأطفال لم تلق اهتماما كبيرا فى ذلك الوقت ، فانه من المعقول تخصيص ٥٠٪ من موارد الصحة النفسية لصالحهم (Smith&Hobbs,1966) .

ففى الولايات المتحدة قدمت المساعدة لحركة الصحة النفسية للمجتمع من خلال سن القوانين التى ساعدت على التأسيس الشامل لمراكز الصحة النفسية (US Congress, 1963; 1965, 1967, 1970). ولكى تحصل هذه المراكز على الاعتماد المالى ، كان عليها اعداد نظام شامل للخدمات بدءا من الرعاية المباشرة للمريض ، خلال الاستشارة المجتمعية ، الى التدريب والبحث .

لقد اضطرت المراكز — مبدئيا — الى تقديم خمس خدمات أساسية وخمس خدمات اضافية روعى أن تكون مرغوبة . وقد تمثلت الخدمات الأساسية فى : رعاية المريض المقيم فى المستشفى ، ورعاية المريض المتردد على العيادات الخارجية ، وكذلك الاقامة الجزئية فى صورة مستشفى نهارية للمرضى القادرين على العودة الى منازلهم فى مساء كل يوم وفى الأجازات الأسبوعية . ومستشفى ليلية لأولئك الذين يقدرون على العمل وفى حاجة الى دعم مهنى أو ترتيبات معيشية مناسبة ، وأربع وعشرون ساعة خدمة يوميا للطوارىء ، وخدمات استشارية وتربوية . وتمثلت الخدمات الاضافية فى : التشخيص ، التأهيل الاجتماعى والمهنى ، العناية القبلية والبعدية للمريض ، تدريب جميع فئات المتخصصين فى الصحة النفسية ، البحث ، التقييم .

وفى عام ١٩٧٥ طلبت مراكز الصحة النفسية تعديلا تشريعيا لاضافة خدمة الفرز التشخيصى Diagnostic screening للأفراد المعدين للقبول فى الخدمات العامة للمرضى المقيمين ، وخدمات المتابعة للمرضى النفسيين والعقليين الذين خرجوا من المستشفى ، والخدمات الصحية المتخصصة للأطفال والمسنين ، والعلاج الوقائى ، وخدمات التأهيل لمدمنى الكحوليات والعقاقير الأخرى فى مناطق معينة .

وقد ظهرت تطورات مشابهة فى بريطانية العظمى (Hill, 1969; Departmen of Health and Social Security, 1971) ولكن بفهم واضـــح لأهمية دور العمـــل الاجتماعى (Brothwood; 1973 , Department of Health and Social Security, 1975).

نقد حركة الصحة النفسية للمجتمع

لم يفهم العلاج السيكياترى للمجتمع بشكل جيد (Bennett, 1978) وقد تعرض منذ البداية لنقد شديد ، ويرتبط هذا النقـــد بتعريفه وأهدافه ومناهجه •

والدعوى القائلة : بأن الطب النفسى للمجتمع هو فرع متخصص من المعرفة يختلف عن فروع الطب النفسى الأخرى ، هى دعوى تستند على رفضه للنموذج الطبى وعلاج الفرد لصالح نموذج الصحة العامة وعلاج البيئة الاجتماعية • ولكن منطق الانتقال من علاج الفرد الى علاج المجتمع أمر معترض عليه • فمن الصعب أن نبرر علاج الناس جملة فى الوقت الذى يحيط الشك بمدى فاعلية علاج الفرد (انظر أيضـــا الفصل (١٤) (Dunham, 1965; Wing & Hailey, 1972) • وفضلا عن ذلك ، اذا كان الطبيب النفسى يعتقد أنه يمكنه أن ينظم المجتمع ويساعده على احداث الصحة النفسية ، فانه يجب أن يسعى كى ينتخب فى منصب عام (Dunham, 1965) ، وهو فى هذه الحالة يعمل كسياسى وليس كطبيب نفسى •

وبافتراض أن البيئة يمكن أن تعالج بشكل فعال ، فان المشكلة تبعد عن اختصاص الأطباء النفسيين ، بوصفهم أطباء نفسيين ، فى أن يضطلعوا بها • فمن المعروف أن التدريب التقليدى للأطباء النفسيين لا يؤهلهم لممارسة الطب النفسى للمجتمع (Kubie, 1964) ، وانه فى

الواقع « لم يدرس أحد منهم فرع الصحة النفسية من هذه الزاوية حقيقة » (Smith & Hobbs, 1966) . وانه من المحتمل أن الاخصائى الاجتماعى هو الذى يكون معدا اعدادا جيدا لمسئوليات الصحة النفسية للمجتمع (Hobbs,1964) ، ولكن الطبيب النفسى هو الذى يوجه عادة تسهيلات الصحة النفسية للمجتمع ، وقد اعتبر هذا « الحل هو الأفضل غالبا » (Smith & Hobbs, 1966) .

والفكرة العامة بأن العلاج يجب أن يتم فى المجتمع فكرة معترض عليها ، فعلاج المريض فى مجتمعه المنزلى معناه أننا نعالجه فى المجتمع الذى نما فيه اضطرابه . وأن العلاقات «السوية» التى يحاول الطب النفسى للمجتمع أن يحتفظ بها قد لا تكون «سوية» . فكما تساءل «كوبى» (Kubie, 1968, P. 262) : « هل من الحكمة أن نبدأ عــلاج مريض الملاريا فى مستنقع الملاريا الذى أصابه بعدوى المرض؟ »

كما تعد دوافع الأطباء النفسيين للمجتمع محل شك ، حيث أشار «كوبى» (Kubie, 1953, 1962) الى أهمية عمل الطبيب بشكل مكثف مع عدد قليل من المرضى لمدة طويلة جدا من الزمن . وهذه ــ كما اقترح «كوبى» ــ هى الطريقة الوحيدة حقيقة لفهم طبيعة مشكلات المرض النفسى . ولكن مثل هذا الاندماج مع المرضى يمثل خبرة عصبية ومجهدة انفعاليا للطبيب . وبناء على ذلك قام بعض الأطباء النفسيين بالالتحاق بحركة الصحة النفسية للمجتمع كى يهربوا من هذا الانعصاب والاجهاد: وذلك من خلال النظر الى المرض النفسى العقلى على أنه ناتج عن قوى اجتماعية أكثر من كونه تفاعلا للقوى النفسية الداخلية ، وبذلك يرون مرضاهم من مسافة آمنة انفعاليا (Kubie, 1968) .

وأيا ما كانت الأسباب والمبررات ، فان الاحتفاظ بالبناء الادارى ذاته فى مراكز الصحة النفسية للمجتمع قد جلب معه خطر انتقــال

العادات الريفية القديمة الى عادات المدنية الجديدة ;Smith & Hobbs)
(1966; Apte, 1967) مع أن غيـــاب الأعراض الخطــيرة بين المرضى المعالجين يرتبط بروح ديمقراطية المشاركة لاتاحة الفرصة لكل شخص، وليس الطبيب النفسى فقط ، لكى يقوم بالعلاج النفسى (Coles, 1974) .

وقد كان نجاح هذا المنحى محدودا ;Oldham, 1969; Hawks)
(1975 ، حيث يعد « العلاج بالكلام » ضئيل القيمة بالنسبة للأفراد الذين يقودهم مستواهم التعليمى ووضعهم الاجتماعى الى تقـــدير الأفعال حق قدرها أكثر من الكلمات . اذ يفضلون التعامل مع مشكلاتهم المعيشية أكثر من خيالاتهم (Smith & Hobbs, 1966) فالناس الذين وصلتهم الخدمة مالوا الى عدم فهمها أو لم يرغبوها .

فاذا كان لابد أن يصبح للطب النفسى للمجتمع وحدة متميزة فانه يجب أن يبنى على أساس الملاحظات والنظريات الاجتماعية الحضارية والنظر الى العوامل الاجتماعية بوصفها محددا للمرض النفسى والعقلى (Bennett, 1978) . ولكن الاستمرار فى ممارسة العلاج النفسى ، ولو تحت اسم الارشاد النفسى Counseling أو التدخل لتسوية الأزمة Crisis intervention ، قد أدى الى فشل الطب النفسى للمجتمع فى التعامل مع المحددات البيئية الأساسية للمرض النفسى والعقلى . (انظر الفصل الثامن) .

وثمة اهتمام مهنى ضئيل ــ للطب النفسى للمجتمع ــ حول كيفية علاج جشع الطبقة الاجتماعية الحقيقية ، والتحكم فى التطور المدنى الذى يؤدى الى ازدياد الكثافة السكانية « وتدنيس الصحه العــامه بسمعة سيئة أكثر مما يكون فى حالة صب بكتير التيفود فى مصدر الماء الذى يغذى المدينه » (Kubie, 1968, P.258) . وعندما يتم التعرف

الى المشكلة الأساسية بشكل صحيح ، فغالبا ما يكون العلاج غير ملائم •

وقد انتقدت « كول وود » (Callwood, 1975) منحنى الصحة النفسية للمجتمع فى التعامل مع المشكلات الاجتماعية ، وبخاصة التدخل لتسوية الأزمة ، على أساس أنه يتسم بالسطحية ، فهم لا يهتمون بحل المشكلة من جذورها ، بل ينصب اهتمامهم على عدم ظهور المشكلة بشكل ملحوظ فى المجتمع •

وتعتقد « كول وود » ، مثلها فى ذلك مثل كثير من الأطباء النفسيين للمجتمع — أن السبب الأساسى والأول للمرض النفسى والعقلى هو الفقر • وبالاتساق مع فكرة أن العلاج لابد أن يصمم للتخلص من الأسباب الأولية ، فقد أقامت « كول وود » شبها بين علاج المشكلات الاجتماعية عن طريق الطب النفسى للمجتمع وبين انقاذ أشخاص فى منجم انهار مدخله ، أى تناظرا وتشابها بين المحاولات التى تقدم لانقاذ الناس الذين وقعوا فى شرك الفقر ، والمحاولات التى تقدم لانقاذ الناس الذين وقعوا فى قاع المنجم • فعندما يقع الرجال فى الفخ أى فى قاع المنجم ، فلن يطرد اخصائى الرعاية ، أو يساعدهم المعالج الجمعى فى الاقلاع عن مشاعرهم ، أو يساعد الطبيب النفسى أولئك الأشخاص من ذوى التوهمات الاضطهادية ، أو خبير الترفيه لملء وقت فراغهم ، ومفتش الحرائق ومفتش الصحة ومفتش الاسكان للاعتراض على المعدلات الموجودة فى قاع المنجم ، وينصحون بتغييرها ، ومفتش جمعية الرفق بالحيوان ليرى ما اذا كان قد أسيىء استخدام أى حيوان ، وطالب يقوم بمسح ، وستة شبان مسجلون على منحة حكومية لعرض الدمى المتحركة! ومرشد التوجيه لمناقشة أهدافهم • فالمنحى هنا يعد مباشرا تماما : لقد نقلوا بعيدا عن مدخل المنجم •

وعلى أى حال ، تقابل حجة « كول وود » بالنسبة لمزيد من العمل الاجتماعى المباشر بادعاء أن الطب النفسى للمجتمع يستخدم للانتقال بمجتمع أمريكا الشمالية نحو حالة الرفاهية (Dunham, 1965) .

ملخص واستنتاجات

تقوم كل من العلاجات السلوكية والاجتماعية الحضارية على افتراض أن السبب الأول للمرض النفسى يكمن خارج الفرد ، وداخل بيئته . وكلاهما يقدم من خلال مؤيديه على أنه بديل للتصور السيكولوجى أو الذاتى للمرض النفسى والعقلى . ولكن ، عند الممارسة ، لا يكون قادرا على أن يفصل نفسه كلية عن ذلك التصور.

وللعلاجات السلوكية قيمتها الأساسية فى ادخال أنواع معينة من السلوك أو التخلص منها . على حين يبدو أن العلاجات الاجتماعية الحضارية مساعدة – فى المقام الأول – للعلاجات البيولوجية والسيكولوجية ذات القيمة الخاصة فى التأهيل والسيطرة على اضطرابات الشخصية ، فضلا عن علاج الأمراض الذهانية والعصابية .

الفصل الرابع عشر

تقييم فاعلية العلاجات السيكياترية

نواجه مرة أخرى المشكلات ووجهات النظر المتضاربة التى تحيط بتعريف المرض النفسى وقياسه ، وذلك حينما نتصدى لتعريف العلاج الناجح وقياسه ، وذلك يشكل الاهتمام بفاعلية العلاجات السيكياترية تكرارا واعادة للنظر فى المسائل الأساسية فى علم النفس المرضى : حيث انه بقدر ما يظهر من برهان لعلم النفس المرضى فى نجاح العلاج ، فانه يسمح لتلك الموضوعات أن تثار معا ، كما يسمح أيضا بوضع نهاية للموضوع ككل •

وهناك شك كبير يسود بين غير المعالجين حول فاعلية العلاجات السيكياترية ، فالفشل فى علاج الملك جورج الثالث ، ملك بريطانيا وقت الثورة الأمريكية(*) ، قاد أحد الأطباء وقتها ، وهو « ويليام بلاك » Black الى فحص سجلات الأفراد الذين اعتبروا مجانين insane وكان لاستنتاجه مغزى ثابت ، اذ وجد أن ثلث هؤلاء المرضى استعادوا صحتهم النفسية تماما ، والثلث استعادوا صحتهم بدرجة بسيطة ، والثلث الباقى لم يتحسن على الاطلاق (Macalpine & Hunter, 1969) ومنذ ذلك الوقت تعددت التقارير عن العلاجات السيكياترية والتى بينت أنها فعالة للثلثين فقط من المرضى الذين تلقوها •

وفى عام ١٩٣٥ أجرى « مونيز ، ليما » أول عملية جراحية فى جانبى مقدم الفص الجبهى • وفى العام التالى قرر «مونيز» (Monis, 1936) انه بالنسبة لأول عشرين من مرضاه ، شفى ثلثهم ، وتحسن

(*) عاصر الملك جورج الثالث (١٧٦٠ — ١٨٢٠) نشوب الثورة الأمريكية (١٧٧٥ — ١٧٨٣) (المراجع) •

ثلثهم ، ولم يتحسن الثلث الأخير ، وقد لخص « فريمان ، واتس » (Freeman & Watts, 1942) نتائجهم العامة بالنسبة لمجمــوعة من ثمانين مريضا بقولهم : « فى رأينا أن ٦٣٪ من الحالات قد تحسنت على نحو مقبول » (ص٢٨٧) . وقام «زيجلر» (Zeigler, 1943) بمسح لنتائج (٦١٨) حالة جراحة عصبية ، وذكر أن ٦٦٫٢٪ قد حققوا تحسنا ملحوظا أو شفاء اجتماعيا .

وقد أوردت نتائج مشابهة بالنسبة للعلاج بغيبوبة الانسولين ، حيث أظهر من ٦٠ — ٧٠٪ من المرضى الفصاميين الشفاء الفورى أو التحسن (Staudt & Zubin, 1957) .

وفى دراســة عن فاعلية العــلاج بالصــدمات الكهربية ، وجد «كالينوسكى ، ورثنج» (Kalinowsky & Worthing, 1943) أنه فى حالة المرضى الذين استمر المرض لديهم أقل من ستة أشهر ، تحسن ٦٧٪ من المرضى ، بينما لوحظ أن معدلات الشفاء أقل بالنسبة للمرضى الذين استمر المرض لديهم فترة أطول .

وقد نشر «أيزنك» (Eysenck,1952) خلاصة وافية لنتائج العلاج النفسى مع الراشدين ، تضمنت تقارير من أربع وعشرين مصدرا مستمدا من أكثر من ثمانية آلاف حالة ، عولجت بمختلف طرق العلاج النفسى . فكان متوسط النسبة المئوية للحالات التى قرر أنها تحسنت ، أى : «شفيت» ، «تحسنت» ، « تحسنت كثيرا » ، «توافقت» ، «أحسن» ..الخ — حوالى ٦٥٪ . وقد استعرض «ليفيت» (Levitt,1957,1963) مقالات تقييم آثار العلاج النفسى مع الأطفال : فوجد أن ثلثيهــم (٦٥٫٢٪ فى استعراض عام ١٩٦٣) قد تحسنوا فى نهاية العلاج .

كما أورد «روى م. دوركاس» Dorcus دراسة له فحص فيهــا

ما يزيد على عشرة آلاف سجل من ســـجلات المستشفيات النفسية من سنة ١٧٩٠ وحتى سنة ١٩٤٠ ، فوجد أن التشخيصات قد اختلفت من التملك بوساطة الشيطان الى الفصام التخشبى (الكتاتونى) ، كما تراوحت العلاجات من كراسى التغطيس ducking stools أثناء خلع الأسنان إلى التحليل النفسى ، ولكن نسبة الحـــالات التى اعتبر أنهـــا تحسنت أو شفيت لا تختلف كثيرا عن ٦٧٪ • وفضلا عن ذلك ، فقد ظلت هذه النسبة ثابتة سواء أحللت البيانات بوساطة التشخيص أم عن طريق نوع العلاج المستخدم (Marks, 1964) .

وعلى الرغم من أن اتساق هذه النتائج قد يكـــون أمرا شائقا ومثيرا ، أو حتى جديرا بالملاحظة ، الا أنها تشير على الأقل الى تحسن أفضل من مجرد الصدفة ، بما يدلل على أفضلية العلاجات السيكياترية• ولسوء الحظ فقد اقترنت معدلات تحسن مشـــابهة (Eysenck, 1952; Levitt, 1957, 1963; Eysenck, أو معدلات أفضل Marks, 1964) (1967a وذلك فى حالة غياب العـــلاج — وهى الظاهرة المشار اليهـــا « بالتحسن التلقائى » spontaneous remission •

وهناك قدر كبير من البرهان الاحصائى الذى يدعم النتيجة القائلة بأن التحسن التلقائى للمرض يحدث بالدرجة ذاتها التى يتم بها التحسن التالى للعلاج (انظر : Borgatta, 1960 ، لمزيد من الامتداد الطريف بهذه النتيجة) ، وفى الواقع فقد أقر — كحقيقة ثابتة — أن المرضى المناسبين للعلاج النفسى سوف يتحسنون دون هذا العلاج ، أى بمجرد مرور الوقت فقط (Bergin, 1966; 1967, Truax, 1967, Havelkava, 1968) •

وعلى أى حال ، فقد تأكدت هذه الحقيقة — أساسا — بوساطة أشخاص من غير علماء النفس ، والذين استخدموا تصميمات بحثية

بسيطة وتحليلات احصائية بسيطة أيضا (Subotnik; 1972) ولم تصمد أمام الفحص الدقيق .

فاذا كان التحسن يحدث فقط نتيجة لمرور الوقت ، فمن ثم يجب أن تزيد كمية التحسن التلقائى وأعدادها (أحدهما أو كلاهما) بزيادة مرور الوقت ، ولكن لم يقم الدليل على ذلك (Wallace & Whyte, 1959; Schorer et al., 1968; Subotnik, 1969) وفضلا عن ذلك ، فان كل معالج لديه مرضى تحسنوا تبعا لقيامه بالاجراءات العلاجية بدقة ، يكون مقتنعا بأن هذه الاجراءات هى التى أدت الى شفائهم .

ويجب أن يأتى الدليل على فاعلية (أو عدم فاعلية) العلاجات السيكياترية من خلال بحوث جيدة . ولسوء الحظ ، فان معظم البحوث التى أجريت فى هذا الاطار اما أنها كانت مليئة ببعض المشكلات المنهجية الكبيرة ، أو فشلت فى ضبط المتغيرات المهمة . ويقدم هذا الفصل بايجاز هذه المشكلات وتلك المتغيرات ، وبهذا يعيد هذا الفصل ثانية النص على بعض النقاط الواردة فى الفصول الأولى ، والتى عالجت المشكلات والاجراءات فى تصنيف المرض النفسى والعقلى وتشخيصه ، وستتكرر أيضا بعض المسائل الواردة فى الفصول الأخيرة التى وصفت فيها طرق العلاج المختلفة . وهذا الفصل ليس تكرارا ولكنه اعادة عرض للموضوع الأساسى لهذا الكتاب بشكل حيوى أساسى : وهو أنه يجب تعريف المشكلات وتحليلها بدقة ، وذلك قبل التمكن من حلها .

المتغيرات التى يجب ضبطها

على الرغم من سهولة الوقوع فى شرك التبسيط المخل ، فمن الممكن تحديد ثلاث مجموعات أساسية من المتغيرات عند الشروع فى بحث يهتم بتقييم الاجراءات العلاجية ، وهى : متغيرات تتعلق بالمريض كالعمر

والجنس والخلفية الثقافية ، والحالة الاقتصادية الاجتماعية ، ونوع الاضطراب ودوامه ... الخ ، ومتغيرات تتعلق بالعلاج كنوع العلاج ومدته ، ومتغيرات تتعلق بالمعالج كالشخصية والتدريب ... الخ (Luborsky et al., 1971) .

متغيرات المريض

تستخدم معظم العلاجات الطبية مع نوعيات معينة من المرضى أو الاضطرابات ، ولا يستثنى من ذلك الطب النفسى ، وتعد الجراحة النفسية فعالة أكثر مع المرضى ذوى الشخصيات الصامدة التى تعجزها التوترات الوسواسية أو التى تعانى من حالات نفسجسمية (سيكوسوماتية) لا يمكن التحكم فيها ، وكذلك الألم غير المحتمل . ويعد العلاج الكهربى التشنجى ECT فعالا فى حالة الاكتئاب ، أما العلاج الكيميائى فهو فعال مع الأعراض النوعية كالتوهمات والاكتئاب والقلق ...الخ والتى تأخذ منها المجموعات المختلفة من العقاقير أسماءها الشائعة . ويعتبر التحليل النفسى التقليدى مناسبا للعصابى السليم أو الصحيح نسبيا . ويستخدم العلاج النفسى المتمركز حول العميل أساسا مع الأشخاص المتزنين نسبيا ، والذين لديهم القدرة العقلية والتكامل الشخصى اللازم لحل مشكلاتهم بأقل توجيه من المعالج . ويستخدم العلاج السلوكى أساسا فى علاج القلق والمخاوف المرضية واضطرابات الطباع ، ويستخدم تعديل السلوك مع المرضى الذهانيين المقيمين فى المستشفى وكذلك الأطفال .

وفى دراسة «ليفيت» (Levitt, 1963) ظهرت فاعلية العلاج النفسى فى ٦٥٫٢٪ من كل المرضى بصرف النظر عن التشخيص النوعى ، كما قرر «ليفيت» أن الفاعلية بالنسبة للمجموعات التشخيصية المختلفة

تتراوح ما بين ٥٥٪ بالنسبة للسلوك الشاذ على مستوى خارجى تجسيدى ، و٧٧٪ بالنسبة للمشكلات الخاصة كاللزمات والتبول اللا ارادى والخوف المرضى من المدرسة ... الخ •

ومازال البون شاسعا بين النسبة ٧٧٪ ، والنسبة ١٠٠٪ ، ولكن ـ كما ذكرنا فى الفصل الثالث ـ مازال ثبات التشخيصات السيكياترية أبعد من أن يكون كاملا • ويمكن أن ينتج تأثير للانحدار الاحصائى Statistical regression الناشىء عن سوء التصنيف معدلات فاعلية فى منطقة النسبة ٦٦٪ (Windle, 1962) •

ويجب وضع مدة الاضطراب قبل بداية العلاج فى الاعتبار (Subotnik;1972) ، فقد اتضح أن الجراحة النفسية (Freeman, 1953) والعلاج الكهربى التشنجى (Batt, 1943; Kalinowsky & Wortbing; 1943; Wechsler, Grossor & Geenblat; 1965) تكون أكثر فاعلية اذا قدمت فى المراحل المبكرة للمرض ، ولكن غالبا ما يهمل هذا المتغير •

متغيرات العلاج

أجريت دراسات عديدة حول فاعلية « العلاج النفسى » ، ولكن العلاج النفسى ليس ظاهرة وحدوية (Truax & Carkhuff, 1964 ; Garfield, 1974) • فهو يتضمن ـ مثله فى ذلك مثل العلاج الكيميائى ، والطب النفسى للمجتمع ـ طرقا فنية معينة واجراءات شديدة الاختلاف • وقد قدم «كولمان» (Coleman, 1964) قائمة من سبعة أبعاد للعلاج النفسى : **العلاج الفردى فى مقابل الجمعى** ، العلاج المختصر فى مقابل الممتد ، العلاج السطحى فى مقابل العميق ، العلاج النزوعى فى مقابل المعرفى ، العلاج الموجه فى مقابل غير الموجه ، العلاج

المرن فى مقابل غير المرن ، العلاج المعزول Segregated فى مقابل العلاج بالدفع الكلى Total push . ويقدم ذلك — من الناحية النظرية — تصنيفات فرعية تتراوح بين ٢ ، ٧ ، تؤدى الى ١٢٨ نوعا مختلفا من العلاج النفسى على الأقل .

وهناك أيضا افتراض ضمنى فى كثير من الدراسات بأن المريض يتلقى العلاج فى فراغ ، بمعنى أن أى تغيير فى صحته النفسية خلال فترة العلاج يعزى الى هذا العلاج وينسب اليه . ولكن الأشخاص يعيشون فى سياق اجتماعى ، ويحدث هذا السياق الاجتماعى النوعى فى سياق اجتماعى أوسع ، يؤثر كل منه فى السلوك .

وأكد «فرويد» (انظر الفصل التاسع) على أهمية الوضع الأسرى فى ارتقاء الشخصية ، وقد نوه «فرويد» وكذلك «هيلى» Haley وزملاؤه (انظر الفصل العاشر) الى أهمية الوضع الأسرى فى نشأة المرض النفسى والعقلى . وتعد العائلة أيضا متغيرا مهما فى علاج المرض النفسى: فالأقارب قد يدعمون مجهودات المعالج أو يؤيدونها أو يدمرونها (Murrell, 1970) .

وقد أعطى قدر كبير من الاهتمام فى حركة الصحة النفسية للمجتمع لأجهزة الدعم الاجتماعى ، اذ يجب ألا يكون جهاز الدعم الاجتماعى خدمة صحية قومية أو وكالة تأمين ضد البطالة أو مركز زيارة ، فهو يمثل الطبقة الاجتماعية التى ينتمى اليها الفرد . وقد ارتبطت الحالة المهنية والزواجية والترتيبات المعيشية بشفاء الأعراض السيكياترية (Schorer et al., 1968) .

وقد ركز «هولمز ، راهى» (Holmes & Rahe, 1967) على الطبيعة المجهدة لأحداث الحياة بوصفها محددات للمرض النفسى والعقلى ،

على حين افترض «سيلى» (Selye, 1955) أن الانعصاب أو المشقة قد يكون لها خصائص علاجية . هذا وقد بحثت دراسات قليلة أحداث الحياة بوصفها متغيرات وسيطة تؤثر على العلاجات الكيميائية والنفسية ... الخ .

وقد يكون من المهم أن نعرف — فى الاطار ذاته — ما الذى يفكر فيه الشخص عند الخضوع للعلاج البيولوجى أو تعديل السلوك ، فالناس يفكرون ، وعلى الرغم من أنه قد يكون من الملائم أن نركز على أن نتناول مجالا واحدا من مجالات وجودهم ، فان المظاهر أو المجالات الأخرى تظل موجودة .

فعزل المتغيرات التى تتعلق بالعلاج وكذلك ضبطها لا يحدد وحده تعريفا واضحا للعلاج موضع الاهتمام (Ledwidge, 1978, 1979; Mahoney & Kazdin, 1979) ، ولكن يتيح أيضا الفرصة لتحديد العناصر العلاجية (Schofield, 1964; Luborsky et al., 1971; Garfield, 1974; Strupp, 1974) ويعد ذلك ضروريا بوصفه خطوة أولى نحو تحسين الطرق الفنية العلاجية .

ومثل هذا التوضيح — لسوء الطالع — يمكن أن يؤدى أيضا الى منازعات قضائية ، فاذا ما اختير طبيب نفسى مجتمعى فى الحكومة المحلية المستقلة ، فهل يجب أن تسمى أى سياسات يقدمها بالنسبة لتخطيط المدينة أو تنظيم المجتمع ، طب نفسى مجتمعى؟ وعلى العكس من ذلك فاذا كان « شراء الصداقة » وسيلة علاجية ناجعة للمشكلات السيكياترية ، فهل يتعين أن يكون الأطباء النفسيون هم الوحيدون الذين يسمح لهم ببيع الصداقة؟

متغيرات المعالج

يعرف العلاج النفسى على أنه علاقة اجتماعية بين شخصين ، ولذلك يجب أن يؤخذ فى الاعتبار مختلف خصائص المعالج . وقد ركز

البحث هنا على ثلاث مجموعات أساسية من المتغيرات : الخبرة ، الاتجاه والشخصية ، الأسلوب •

الخبـــرة

ان التأكيد على أهمية الخبرة ، والمعرفة ، والتدريب هو أمر بديهى فى برامج التدريس بالجامعة وكليات الطب بالنسبة للمعالجين ، ومن المحتمل أن تؤثر هذه المتغيـرات على ثبـات التشخيص (انظـر : (Schmidt & Fonda, 1956 وقد اتضح تأثيرها أيضـا على تحسن المريض أثناء العلاج (Cartwright & Vogel, 1960) ، ومع ذلك فهناك تساؤل حول ما يشكل « الخبرة الملائمة » لدى المريض •

وقد افترض «ريوش» وآخرون (Rioch et al., 1963, 1965) أن ربات البيوت الناضجات ــ دون تدريب متخصص ــ يمكن تعليمهن فى عامين أن يكن ناجحات كالمتخصصين فى الصحة النفسية التقليدية ، والذين قضوا سبع سنوات طوال فى التدريب على ممارسة العلاج النفسى •

الشـــخصية

اقترح «سكوفيلد» (Schofield, 1964) ضرورة أن يمارس العلاج النفسى بوساطة فرع جديد من التخصص يتخلص فيه التدريب من التيارات غير المتصلة بالموضوع ، ويكون التأكيد فيه على الشخصية والجوانب الاجتماعية المفيدة فى الموضوع أكثر من التأكيد على الانجاز الأكاديمى• وقد تدعم هذا الاقتراح من قبل « وايتهورن ، بتز » (Whitehorn & Betz, 1954) •

ففى دراسة عن العلاقات العلاجية النفسية بين الأطباء ومرضى الفصام ، لاحظ « وايتهورن ، بتز » (1954) أن المعـالجين الناجحين والفاشلين قد اختلفوا فى اتجاهاتهم وشخصياتهم ، فقد كان المعـالج

الناجح ـ والذى يطلق عليه النمط « أ » ـ دافئا ، وحاول أن يفهم المريض كانسان ، فى حين مال المعالج الأقل نجاحا ـ والذى يطلق عليه النمط «ب» ـ الى التواصل مع المريض بطريقة موضوعية غير شخصية ، أى أنه ركز على الاضطراب أكثر من تركيزه على الشخص •

وهناك بعض المحاولات المبدئية لتحديد نمط الشخصية « أ » بوصفه متطلبا ضروريا للمعالجين الناجحين بشكل مطلق ، ولكن نظرا للطبيعة التفاعلية للعلاج النفسى الذى تؤثر فيه متغيرات عديدة ، فقد أشير فيما بعد الى أن شخصية المعالج «ب» أدت الى نتائج أفضل بشكل جوهرى عن شخصية المعالج « أ » تحت ظروف معينة • وقد استنتج بعض الباحثين (McNair, Callahan & Lorr,1962) فى دراسة شاملة للعلاقة بين شخصية المعالج واستجابة المريض للعلاج النفسى ، أن العلاقة بين نمط المعالج ونتائج العلاج تعتمد على تشابه خلفية كل من المريض والمعالج واهتماماتهما • واتساقا مع ذلك اقترح أن التغييرات فى اتجاه هيئة التمريض قد تكون متغيرا علاجيا أساسيا فى تحديد فاعلية العلاجات المختلفة مع عته الشيخوخة (Mumford & Carpenter, 1979) •

وكما هو الحال فى كثير من المفاهيم والموضوعات فى علم النفس والطب النفسى ، تعتبر العلاقة بين شخصية المعالج والفاعلية العلاجية أكثر تعقيدا من مجرد التقسيم الثنائى البسيط الى نمط « أ » ونمط « ب » (Heaton; Carr & Hampson,1975) • ومع ذلك فمن المقبول الى حد كبير فى الوقت الحاضر أن النمط « أ » للمعالج المتعاطف يعد ناجحا مع المرضى الفصاميين ، بينما يفضل نمط شخصية المعالج «ب» الموضوعى مع العصابيين •

الأســـــلوب

بالرغم من أن الأسلوب Style قد يكون جانبا مميزا للشخصية ، أو حتى مظهرا مميزا للطريقة العلاجية ، فانه يعد متغيرا فى حد ذاته .

فقد أجرى « يالوم ، ليبرمان » (Yalom & Lieberman, 1971) دراسة على مجموعات مواجهة Encounter groups تم قيادتها بوساطة ستة أنماط مختلفة من القادة . ولم تكن أساليب القيادة مرتبطة فقط بعدد الأفراد الذين شكلوا المجموعة التى أجريت عليها التجربة، ولكنها كانت مرتبطة أيضا بعدد الأفراد الذين عانوا بشكل كبير، وبدت عليهم ردود أفعال معاكسة مستمرة . فقد كف ١٨٫٣٪ من أفراد مجموعات القادة المتطفلين والمرتابين والمتسلطين عن الاشتراك فى التجربة ، وعانى ١٤٫٣٪ من النسبة الباقية أكثر مما استفادوا من التجربة . وعلى العكس ، فقد فقد أولئك القادة الذين ينضحون بالحب والطريقة الأبوية الحنونة ١٫٨٪ فقط من أفراد مجموعاتهم ، وواجه واحد فقط ممن لم يواصلوا مشكلات كبيرة .

المشـــكلات المنهجيـــة

يعد تحديد المتغيرات التى تحتاج للضبط بمثابة البداية لتقييـــم فاعلية العلاج ، ويجب أن يوضع فى الاعتبار أيضا الى أى مدى يمكن قياسها والتعامل معها ، وكذلك الحال فيما يتعلق بالنواتج الممكنـــة ، والى أى مدى يمكن تفسيرها . تلك هى المشكلات المنهجية ، ونستطيع تصنيفها الى ثلاث مشكلات مرتبطة بكل من المحكات والقياس وتصميم الدراسة .

المشكلات المرتبطة بالمحكات

المشكلة المنهجية الأساسية فى تقييم العلاجات السيكياترية هى اختيار محكات النجاح والتعريف الاجرائى لها ، ويتضمن ذلك الاهتمام بطريقة التقدير (التقارير الذاتية ، الاختبارات السيكولوجية الموضوعية، تقديرات السلوك ... الخ) ، والشخص القائم بالتقدير (المريض ، أحد الأقارب ، المعالج) ، وعمومية التقدير (المقاييس الوحدوية للسلوكيات النوعية ، المقاييس متعددة المتغيرات ، المقاييس الاجمالية للشخصية) (Strupp & Hadley, 1977; Kazdin & Wilson, 1978) .

وللأنواع العلاجية المختلفة أهداف مختلفة ، والمحكان الأساسيان لتقييم فاعلية الجراحة النفسية هما المحك الاجتماعى والثقافى ، أى الوضع الأسرى والمهنى للمريض ، على حين يتم تقييم العلاج الكهربى التشنجى والعلاج الكيميائى والعلاجات السلوكية على ضوء ازالة العرض . وتصور طرق العلاج السيكولوجية فاعليتها بلغة نظرية الشخصية الخاصة ، والتى يقوم عليها الاجراء العلاجى : « الشفافية Transparency » ، « المواجهة الحقيقية Genuine encounter » ، « التفاعل الانسانى الصادق Authentic human interaction » ، « الذات الحقيقية » ، « جعل ما هو لا شعورى شعوريا » ، « حل الصراع الأوديبى » ... الخ .

وقد يتغير المرضى بطرق عديدة عند خضوعهم للعلاج ، وعلى الرغم من أن المطلب الأساسى هو ارتباط محكات التحسن بمحكات المرض فان محكات التحسن لا تختلف فقط وفقا للاضطراب الذى يعالج ، ولكنها تختلف أيضا من معالج الى آخر (Rosenzweig, 1954) ، وتميل لأن تعكس التوجه النظرى للمعالج وتحيزاته الشخصية (Hunt, 1949; Miller, 1951. Orne, 1962; Rosenthal, 1967) .

المشكلات المنهجية المرتبطة بالقياس

يتضمن قياس فاعلية العلاج ، أى قياس التغير ، قرارات سابقة متصلة بالخط القاعدى الذى حدث منه التغير ، وما اذا كان التحسن ظاهرة شاملة أم محدودة ، وما اذا كان ثابتا أم مستمرا ، وما اذا كان التركيز على مرضى فرادى أم على مجموعات من المرضى • وهناك أيضا بعض المشكلات الاحصائية البحتة التى يجب أن تؤخذ فى الاعتبار مثل ثبات الملاحظات والانحدار نحو المتوسط •

الخط القاعدى

يعد تقييم فاعلية العلاج دائما تقييما للتغير من الحالة الشاذة Abnormal أو المختلة Impaired تجاه مستوى أعلى من الأداء • ومثل هذا التغير يمكن النظر اليه على أنه يحدث عبر متصل Continuum ، يمكن أن تمدنا كل نهاية منه بدرجات مرجعية Reference points أو قياسات للخط القاعدى Baseline •

وأكثر التعبيرات شيوعا عن التغير ، والتى تمثل خاصية مميزة للسجلات الاكلينيكية هى : «تحسن» أو « عدم تحسن » ، وهى عبارة عن درجة التغير من مستوى المريض عند بداية العلاج ، وهى نقطة تقع عند النهاية الدنيا للمتصل ، ويتمثل البديل فى أن نقيس مقدار التغير الضرورى لكى يصل المريض الى الحالة المرغوبة ، والتى قد تكون اما أعلى مستوى من الأداء قبل علاج المريض ، أو أعلى مستوى يقدر عليه فى ظل الظروف المثالية •

مقاييس التغير الاحادية فى مقابل متعددة المتغيرات

يتضمن تقدير المريض بأنه «تحسن» أو « لم يتحسن » افتراض أن التحسن ظاهرة أحادية ، تكون فيها مقاييس التحسن المختلفة أو

محكاته مرتبطة معا ، وتتغير بعضها مع بعض • وقد يكون هذا الافتراض صادقا اذا كان هناك تحسن كبير جدا ، أو اذا أمكن الحصول على القياسات فى الوقت نفسه ، ونتيجة للعلاقة التى نشأت بين القائم بالتقييم والمريض ، ولكنه من ناحية أخرى يعتبر أمرا مشكوكا فيه الى حد كبير (Parloff, Kelman & Frank, 1954; Keniston, Boltax & Almond, 1971; Garfield, Prager & Bergin, 1971a, 1971b) .

ويمثل المرض النفسى مشكلة متعددة المظاهر ، اذ يبرز مشكلات مختلفة لدى مختلف الأفراد ، فبالنسبة للمريض تكون المشكلة عرضا أو شكوى من ألم أو ضيق ذاتى ، وبالنسبة للمعالج قد تكون المشكلة هى المرض الأساسى أو الصراع ، وبالنسبة لأسرة المريض وهيئة التمريض قد تكون المشكلة حدوث التمزق الاجتماعى الذى يسببه المرض ، وبالنسبة للمجتمع المنزلى قد تكون المشكلة تهديدا بالعنف — حقيقيا أو متخيلا — بينما بالنسبة للدولة وشركات التأمين تعتبر المشكلة بمثابة التكلفة المالية التى يتطلبها العلاج (Erickson, 1972) •

وقد قرر « جارفيلد ، بريجر ، بيرجين » (Garfield; Prager & Bergin, 1971a) أن المحكات المختلفة لناتج العلاج النفسى ترتبط فيما بينها ارتباطا ضعيفا أو غير جوهرى • وبناء على ذلك تعتبر التقديرات الكلية لحالة المريض — فى أحسن الأحوال — تعميمات زائدة، وفى أسوأ الأحوال تجريدات لا معنى لها ، على حين تمدنا المقاييس الفردية للمتغيرات المفردة بقياس ناقص الى حد كبير •

فليس هناك محك واحد للتغير ، ولكن توجد محكات عديدة ، وقد يكون كل واحد منها صادقا ومنطقيا ، وعند تقييم فاعلية العلاج ، يجب أن تستخدم عينة معقولة من تلك المحكات ، ويجب أن تقتصر

الاستنتاجات حول فوائد العلاج الى فوائده على ضوء هذه المحكات (Luborsky, 1971) • ويجب أن يكون التحسن فى المشكلة التى بحث الفرد عن علاج لها ، هو المحك الأساسى لفاعلية العلاج ، كما يجب أيضا وضع طبيعة التغيرات المصاحبة ومداها فى الاعتبار (Kazdin & Wilson, 1978) •

الآثار الجانبية المعاكسة

ان تغير المريض له طبيعة متعددة المتغيرات ، وأحد خصائص هذه الطبيعة أثناء العلاج هى أن التحسن فى أحد الأبعاد قد يكون مصحوبا بالتدهور فى بعد آخر ، وقد وصفت هذه الظاهرة فى الفصول (١١ — ١٣) على أنها « الآثار الجانبية المعاكسة » • فالجراحة النفسية ، مثلا ، قد تخفض القلق النفسى والألم والأسى الذاتى ، ولكنها تقود الى الصرع • والعلاج النفسى قد لا يزيد فقط عدد الأعراض وخطورتها ، ولكنه قد يشجع أيضا على الاتكالية والمغالاة فى القدرات ، والاسراف فى التحرر من الوهم (Hadley & Strupp, 1976) •

وتعتبر الآثار الجانبية المعاكسة — بوضوح — بمثابة خسائر أكثر من كونها فوائد للعلاج ، وهى تمثل مجموعة واحدة من التغيرات التى يجب عزلها ، وبشكل خاص اذا ما درست مجموعات من المرضى ، وليس المرضى الفرادى •

التغير الجمعى فى مقابل التغير الفردى

قد تكون لأى علاج آثار عكسية على متغير معين بالنسبة لمختلف المرضى ، وتجعل هذه المتغيرات بعض المرضى أحسن وبعضهم أسوأ ، فاذا لم تفصل الآثار الايجابية والآثار السلبية ، ويحسب متوسط

التغير للمجمـوعة ككل ، فانهمـا سيميلان الى الغـاء بعضهما بعضا (Truax, 1962, Truax & Carkhuff, 1967, Bergin, 1966, 1967, May, 1971) .

وتعتبر الفروق الجماعية لمتوسط الدرجات على اختبار معين أو مقياس تقدير خاص ، محكات محدودة لتقييم فاعلية العلاج . ولذا يجب أن يوضع عديد من المحكات الأخرى فى الاعتبار ، متضمنة أهمية التغير (Dunnette, 1966) ، ونسبة الأفراد المعالجين الذين تغيروا (Kazdin & Wilson, 1978) . وهناك فرق بين درجات المتوسط ، والمنـوال ، والوسيط ، ولكن المتوسط هو الذى يحسب دائما .

وبالاضافة الى امكانية الغاء الآثار الايجابيـة والآثار السلبية بعضهما بعضا ، فانه يجب أن نضع نصب أعيننا أن متوسط درجة التغير لا يمثل بالضرورة مدى التحسن لدى معظم الأفراد ، فالطبيعة الخاصة لمثل هذه الدرجة أن تشوه أداءات الفرد للوصول الى ملخص اجمالى لآثار العلاج (Chassan, 1967) .

ومتوسط درجة التغير لمجموعة من المرضى ليس له نظير فى الواقع: حيث لا يتغير المريض الفرد بهذا المقدار (Kazdin & Wilson, 1978) ، وقد لا يتغير المتوسط الجمعى بينما يظهر حوالى ٦١٪ من الأفراد الذين يشكلون المجمـوعة تحسنا ، وكذلك يتحسن ٥٠٪ بشـكل جوهرى (Subotnik ;1969) ، وعندما يقارن نوعان مختلفان من العلاج ، فانه من الممكن أيضا أن يحدث أحد العلاجين تغيرا كبيرا فى متوسط الدرجة، بينما ينتج عنه عدد كبير من المرضى الذين تسوء حالتهم على بعد معين (Kazdin & Wilson, 1978) .

وقت التقييــم

هناك ثلاثة أوقات أساسية يمكن أن يقيم العلاج فيها : مرة عند بدايته ، ومرة عند اكتماله ، وفى وقت ما بعد اكتماله .

والمحك فى تقييم فاعلية العــلاجات السيكياترية عادة هو حالة المريض عند انتهاء العــلاج ، فبالنسبة لعــلاجات المرضى المقيمين ، كالجراحة النفسية مثلا ، غالبا ما تحدد نهاية العلاج بخروج المريض من المستشفى . وعلى أى حال يمكن أن يخرج المرضى من المستشفى لأسباب مختلفة ، فقد يطلق سراح بعض المرضى برغم استمرار المرض، على حين يبقى آخرون بالرغم من تحسنهم (Parsons, 1884; Szasz; 1969) .

وفضلا عن ذلك ، يمكن أن يعرف مصــطلح « اطلاق السراح» أو «الخروج» Discharge بطرق مختلفة (Gurel, (1966) ، ومن هذه الطرق ما يتطلب بقاء المريض فى المجتمع لفترة معينة . وهذا أمر مهم، اذ لاحظت دراسات عديدة (Staudt & Zubin, 1957, Grisswell; 1967; Neff & Koltuv; 1967) امتــداد الآثار العــلاجية لفترة محدودة . ويعتبر استخدام العقاقير النفسية التى توصف فى البداية على أنها علاج فى المستشفى وتظل مستمرة بوصفها عنصــرا أساسيا للمريض خارج المستشفى ، بمثابة عامل تعقيد اضافى (Friedman, von Merihg & Hinko, 1966) .

وان الافتقار الى بيانات المتابعة يجعل الآثار طويلة المدى فى كثير من العلاجات أمرا محفوفا بالمخاطر ، ويفترض أن معدل تدهور التحسن العلاجى يعتمد على مستوى التحسن فى نهاية العلاج ، وتبعا لذلك فان

العلاج الذى يظهر أحسن مستوى من التحسن فى نهايته يظهر أيضا أحسن مستوى من التحسن فى وقت ما متأخر • ومع ذلك فان الأمر ليس كذلك بالضرورة ، فقد تختلف العلاجات الى حد بعيد فى قوة استمرار آثارها (Kazdin & Wilson, 1978) .

وعلى العكس من ذلك ، فبدلا من فحص قوة فاعلية العلاج ، قد يكون من المفيد فحص سرعتها أيضا ، فاذا كان هناك نوعان مختلفان من العلاجات لهما الفاعلية ذاتها على محك معين ، فان العلاج الذى يحقق أقصى أثر له فى أقصر وقت ممكن يكون مفضلا ، وذلك اذا ظلت جميع العناصر والعوامل الأخرى ثابتة (Kazdin & Wilson, 1978) .

ويرتبط التساؤل حول عودة ظهور الأعراض المرضية بمشكلة قوة فاعلية العلاج وتدهورها ، وغالبا ما تفسر « عودة الأعراض » Recurrence of symptoms فى الطب النفسى على أنها فشل فى العلاج، وبخاصة اذا كان الاضطراب من النوع الدورى ، كما فى حالة اضطرابات الهوس الاكتئابى • ولكنه قد يدل على عرض مرضى جديد تال للعلاج الناجح لدى شخص لديه استعداد للمرض • فاذا كسرت ساق المتزحلق على المنحدرات كل شتاء ، فلا يوجه السؤال الى فاعلية العلاج الذى قدم له ، ولكن الى المريض وأسلوب حياته •

وتمثل هذه المشكلة مشكلة حادة ، حينما يوضع تمييز بين الأعراض والأمراض ، كما يحدث فى التحليل النفسى التقليدى ، فالأعراض التى تعاود ليست هى الأعراض ذاتها التى عولجت • ويناقش مثل هذا الموقف تحت اسم «استبدال العرض» Symptom substitution ، وهو يؤكد أهمية ترسيخ « وحدة للتحليل » ، أى ماذا يعالج : الأشخاص ، أو الأمراض ، أو السلوك؟

الثبـــات

بعد أن قدمت قرارات فيما يتعلق بمعنى التحسن ومحكاته ، فانه يتعين قياس التحسن • ويتضمن هذا القياس : المقابلة الشخصية ، أو الاستخبارات أو مقاييس التقدير أو بعض أدوات التقدير الأخرى• ومهما كانت الطريقة المستخدمة للقياس ، وهل تستخدم أداة القياس اما بمفردها أو بمصاحبة أدوات تقدير أخرى، فيجب وضع صدق أداة القياس وثباتها فى الاعتبار •

وتعد بعض مشكلات ثبات التشخيص التى نوقشت فى الفصل الثالث مرتبطة بهذا الموضوع ، حيث تعتبر مصطلحات « الخلل » ، « الشفاء » ، « الصحة » ، « السواء » جميعها فئـات تشخيصية ، ويحدث معدل الفاعلية فى ٦٦٪ اذا صنف المرضى الى : « تحسن » أو « تحسن كبـير » أو « عدم تحسن » على أسـاس عشوائى تام (Subotnik, 1972) •

ويمكن أيضا أن تعطى ظاهرة الانحدار الاحصائى تجاه المتوسط صورة مضللة للتحسن (Subotnik, 1972) ، وبعض الدراسات تختار المرضى بالنسبة للتحسن على أساس الدرجات العالية جدا أو المنخفضة جدا على اختبار مقنن كاختبـار منيسوتا متعـدد الأوجه للشخصية M.M.P.I • فاذا لم يكن هذا الاختبار صادقا أو ثابتا ، يكون هناك احتمال أكبر للدرجة الثانية (المنخفضة جدا) أن تكـون أقرب الى المتوسط ، عن الدرجة الأبعد عنه (المرتفعة جدا) • ويميل الاختبار غير الثابت غالبا الى أن يشـير الى أن المريض المنحرف Deviant (عن المتوسط) قد تغير الى الأحسن عن أنه تغير الى الأسوأ أو أنه لم يتغير على الاطلاق •

وحتى اذا كان مقياس السواء/الشذوذ يتمتع بثبات مرتفع ، فان فاعلية العلاج تحدد من خلال المقارنة بين درجتين منفصلتين ، أو درجة التغير ، وتتسم درجات التغير بثبات منخفض عن الدرجات الأصلية • وبناء على ذلك لا تعد أداة التقدير الثابتة مقياسا ثابتا للتغير •

تصميم البحث

يتضمن تصميم البحث موضوعين أساسيين هما : استخدام المجموعات الضابطة فى مقابل دراسات الحالة الفردية ، وما الذى نفعله مع المرضى الذين لا يكملون البرنامج العلاجى •

المجموعات الضابطة

غالبا ما تتضمن الدراسات التجريبية الخاصة بالفاعلية العلاجية ، مجموعة من المرضى ذوى مشكلات وخصائص شخصية مشابهة لأفراد المجموعة العلاجية ، ولكنهم لا يتلقون علاجا • ويمكن أن تكشف آثار العلاج ، فى مقابل آثار أى شيء آخر يمكن أن يحدث خلال تلك الفترة، الفرق بين درجات التغير فى المجموعتين • وبشكل مثالى ، تتضمن خطة مثل هذا البحث التحديد العشوائى للمرضى فى المجموعتين ، ولكن ذلك يمكن أن يكون غير أخلاقى : حيث يجب عدم منع العلاج عن الأفراد الذين يحتاجونه •

وتتضمن الخطط البديلة اعطاء المجموعات فترات متعاقبة من العلاج ثم منع العلاج ، وكذلك استخدام الأفراد الذين تقدموا للعلاج ولكن لم يعالجوا ، اما لأن العلاج لم يكن متاحا ، أو لأنهم رفضوه عندما أصبح متاحا • ويفرض البديل الأول حدودا زائفة على مدة العلاج ، وربما يستلزم الأمر دراسة أطول ، وعلى الرغم من أن المنحى الأخير أكثر شيوعا ، الا أنه لا يخلو من المشكلات •

ان الأشخاص الذين لم ينتظروا علاجهم قد لا يمثلون عينة عشوائية من الأشخاص الذين سعوا أساسا للعلاج • فمن الممكن جدا أن يكونوا قد غيروا من تقييمهم الذاتى لحالتهم النفسية ، وظنوا أنهم تحسنوا (Subotnik, 1972) • كما تم أيضا تقرير الفـروق المتعلقة بالأعراض والفروق الوالدية (Witmer & Keller, 1942; Lehrman et al., 1949; Ross & Lacey; 1961 بالاضافة الى الفروق فى المكانة السسيومترية Sociometric Status (Lake & Levinger, 1960) بين الأشخاص الذين ترقبوا العلاج والذين لم يترقبوه •

التوقف عن العـلاج

العلاجات النفسية والعلاجات التى تقدم للمرضى المترددين على العيادات الخارجية ، غالبا ما تواجه المرضى الذين لم يستمروا فى العلاج الى النقطة التى يعتبرها المعالج اكتمالا للعلاج • فمثل هؤلاء المرضى قد تخلفوا عن دراسة التقييم على أساس أنهم لم يتلقوا البرنامج العلاجى الكامل ، وبالتالى لا يقدموا اختبارا واضحا لفاعلية العلاج • ولكن اذا أنهوا العلاج لأنهم شعروا بتحسن ، وكانوا راضين شخصيا عن مستوى التحسن الذى وصلوا اليه ، أو اذا كانوا قد أنهوا العلاج لأنهم شعروا بسوء حالتهم ، فانه يكون من الواضح أنهـم لابد أن يدرجوا فى الدراسة •

ملخـص واسـتنتاجات

لا يقتصر تقييم العـلاجات السيكياترية على مجـرد تحـديد الاستجابات البسيطة : «نعم ، انه فعال » ، « لا ، انه غير فعال » ، بل هناك متغيرات كثيرة يجب أن توضع فى الاعتبـار ، وتتضمن هذه المتغيرات تحليلات للتكلفة فى مقابل الفائدة ، والتكلفة فى مقابل الفاعلية

(Fenton, 1973) ، والتى تحدد خلالها أكثر الطرق الفعالة والاقتصادية لتحقيق الصحة النفسية .

ويجب أن تقدر فائدة العلاج السيكياترى أو فاعليته فى ضوء شعور المريض بالتحسن : فهل تم تخفيف المشكلة الموجودة؟ واذا كان الأمر كذلك ، فما مدى السرعة والاكتمال والاستمرار فى التحسن؟ وهل توجد آثار جانبية معاكسة أم لا ؟ وتقاس تكلفة العلاج ليس فقط فى ضوء ما يدفعه المريض للمعالج ، ولكن أيضا فى ضوء وقت المريض وجهده وخسارة جانب من دخله ابان خضوعه للعلاج ، وكذلك فى ضوء وقت المعالج ومجهوده ومقدار ما يتطلبه من تدريب (Wolpe, 1964; Kazdin & Wilson, 1978) .

ويجب أن يؤخذ فى الاعتبار أيضا ، فيما يتعلق بجانب التكلفة والفائدة ، تأمين البطالة والعجز عن الدفع ، ونفقات الخدمة الاجتماعية الأخرى . فالمريض ليس حيوانا بيولوجيا يحس ويشعر فقط ، بل هو يعمل فى نسق اجتماعى ، ولذا فيجب أن توضع كل خصائص أدائه فى الاعتبار . وكما يعكس تعريف المرض النفسى والعقلى حكما من أحكام القيمة الاجتماعية ، فان الأمر ذاته ينسحب على تقييم فاعلية العلاجات السيكياترية ، انها تعتمد جميعا على ما تعنيه كلمة « فعال » .

Yates, A.J. (1962) A comment on Bookbinder's critique of 'Symptoms and substitution'. *Psychological Reports*, 11, 102.
Yates, A.J. (1970) Tics. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.
Young, P.T. (1936) *Motivation of behavior*. John Wiley, New York.
Young, P.T. (1952) The role of hedonic processes in the organization of behavior. *Psychological Review*, 59, 249–62.
Young, P.T. (1955) The role of hedonic processes in motivation. In M.R. Jones (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln.
Young, P.T. (1959) The role of affective processes in learning and motivation. *Psychological Review*, 66, 104–25.
Young, P.T. (1961) *Motivation and Emotion: A Survey of the Determinants of Human and Animal Behavior*. John Wiley, New York.

Zamora, E.N. and Kaelbling, R. (1965) Memory and electro-convulsive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 112, 546–54.
Zangwill, O.L. (1969) Intellectual status in aphasia. In P.J. Vinken & G.W. Bruyn (eds.) *Handbook of Clinical Neurology*, Vol.4. North-Holland, Amsterdam.
Zaquirre, J.C. (1957) Amuck. *Journal of the Philippine Federation of Private Medical Practitioners*, 6, 1138–49.
Zawadzki, B. and Lazarsfeld, P. (1935) The psychological consequences of unemployment. *Journal of Social Psychology*, 6, 224–51.
Zeigarnik, B. (1927) Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. *Psychologishe Forschung*, 9, 1–85.
Ziegler, L.H. (1943) Bilateral prefrontal lobotomy. *American Journal of Psychiatry*, 100, 178–9.
Zigler, E. and Phillips, L. (1961) Psychiatric diagnosis: a critique. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 607–18.
Zilboorg, G. and Henry, G.W. (1941) *A History of Medical Psychology*. W.W. Norton, New York.
Zinkin, S. and Birtchnell, J. (1968) Unilateral electro-convulsive therapy: its effects on memory and its therapeutic efficacy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 973–88.
Zola, I.K. (1966) Culture and symptoms – an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, 31, 615–30.
Zubin, J. (1967) Classification of the behaviour disorders. *Annual Review of Psychology*, 18, 373–406.
Zubin, J. and Sutton, S. (1970) Assessment of physiological, sensory, perceptual, psychomotor, and conceptual functioning in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, Supplement #219.
Zwerling, I., Titchener, J., Gottschalk, L., Levine, M., Culbertson, W., Cohen, S.F. and Silver, H. (1955) Emotions and surgical illness. *American Journal of Psychiatry*, 112, 270.

Measurement of Mental Health. PHS Publication No.1873. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.
World Health Organization (1948) *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death.* 6th rev. World Health Organization, Geneva.
World Health Organization (1965) *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death.* 8th rev. World Health Organization, Geneva.
World Health Organization (1967a) *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death,* Based on the Recommendations of the Eighth Revision Conference, 1965, and adopted by the Nineteenth World Health Assembly: Vol.I. World Health Organization, Geneva.
World Health Organization (1967b) *Research in Psychopharmacology.* Technical Report #371. World Health Organization, Geneva.
World Health Organization (1974) *Glossary of Mental Disorders and Guide to their Use in Conjunction with the International Classification of Diseases,* 8th Rev. World Health Organization, Geneva.
World Health Organization (1976) *Health Aspects of Human Rights.* World Health Organization, Geneva.
World Health Organization (1978) *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases.* World Health Organization, Geneva.
Wright, R. (1940) *Hydrotherapy in Psychiatric Hospitals.* The Tudor Press, Boston.
Wudel, P. and Loo, R. (1979) Birth order and person variables. *Psychological Reports,* 45(1), 280.
Wundt, W. (1896) *Grundriss der Psychologie.* Engelman, Leipzig.
Wundt, W. (1900–20) *Völkerpsychologie:* Vols. 1–10. Wilhelm Engelmann & Alfred Kroner, Leipzig.
Wyler, A.R., Masuda, M. and Holmes, T.H. (1968) Seriousness of illness rating scale. *Journal of Psychosomatic Medicine,* 11, 363–74.
Wyler, A.R., Masuda, M. and Holmes, T.H. (1970) The seriousness of illness rating scale: reproducibility. *Journal of Psychosomatic Research,* 14, 59–64.

Yacorzynski, G.K. (1965) Organic mental disorders. In B.B. Wolman (ed.) *Handbook of Clinical Psychology.* McGraw-Hill, New York.
Yalom, I.D. (1970) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy.* Basic Books, New York.
Yalom, I.D. and Lieberman, M.A. (1971) A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry,* 25, 16–30.
Yarrow, L.J. (1961) Maternal deprivation: toward an empirical and conceptual re-evaluation. *Psychological Bulletin,* 58, 459–90.
Yates, A.J. (1958a) The application of learning theory to the treatment of tics. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 56, 175–82.
Yates, A.J. (1958b) Symptoms and symptom substitution. *Psychological Review,* 65, 371–4.

Wolberg, L.R. (1975) Hypnotherapy. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.
Wolf, A. (1929) Classification. In *Encyclopaedia Britannica, 14th edition*, Volume 5, p.777. Encyclopaedia Britannica Co., London.
Wolf, E. (1969) Learning theory and psychoanalysis. *International Journal of Psychiatry*, 7, 525–61.
Wolfenden Commission (1957) *Report of the Committee on Homosexual Offences and Prostitition*. Her Majesty's Stationery Office, London.
Wolff, H.G. (1950) Life situations, emotions, and bodily disease. In M.L. Reymert (ed.) *Feelings and Emotions: The Mooseheart Symposium*. McGraw-Hill, New York.
Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford, California.
Wolpe, J. (1960) Reciprocal inhibition as the main basis for psychotherapeutic effects. In H.J. Eysenck (ed.) *Behaviour Therapy and the Neuroses: Readings in Modern Methods of Treatment Derived from Learning Theory*. Pergamon Press, Oxford.
Wolpe, J. (1962) Isolation of a conditioning procedure as the crucial therapeutic factor: a case study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 134, 316–29.
Wolpe, J. (1964) The comparative clinical status of conditioning therapies and psychoanalysis. In J. Wolpe, A. Salter & L.J. Reyna (eds.) *The Conditioning Therapies: the Challenge in Psychotherapy*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
Wolpe, J. (1969) *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon, Oxford.
Wolpe, J. (1971) Neurotic depression: experimental analog, clinical syndromes, and treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), 362–8.
Wolpe, J. (1978) Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 33, 437–46.
Wolpe, J. and Lazarus, A.A. (1966) *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. Pergamon, Oxford.
Wolpe, J., Salter, A. and Reyna, L.J. (1964) *The Conditioning Therapies: The Challenge in Psychotherapy*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
Wooden, H.E. (1974) The use of negative practice to eliminate nocturnal headbanging. *Journal of Behaviour Therapy*, 5, 81–2.
Woodruff, R.A.Jr., Goodwin, D.W. and Guze, S.B. (1974) *Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, New York.
Woodworth, R.S. (1918) *Dynamic Psychology*. Columbia University Press, New York.
Woodworth, R.S. (1920) *Personal Data Sheet*. Stoelting, Chicago.
Woodworth, R.S. (1938) *Experimental Psychology*. Henry Holt, New York.
Woodworth, R.S. (1940) *Psychology*. 4th edn. Henry Holt, New York.
Woodworth, R.S. and Schlosberg, H. (1955) *Experimental Psychology*. 3rd edn. Methuen, London.
Woolsey, R.M. (1976) Hysteria: 1875–1975. *Diseases of the Nervous System*, 37(7), 379–86.
Woolsey, T.D. (1968) Foreword. In S.B. Sells (ed.) *The Definition and*

Wilson, S.A.K. (1931) The approach to the study of hysteria. *Journal of Neurology and Psychopathology*, 11, 193–206.
Wilson, G.W. (1948) A study of structural and instinctual conflicts in cases of hay fever. In F.G. Alexander & T.M. French (eds.) *Studies in Psychosomatic Medicine: An Approach to the Causes and Treatment of Vegetative Disturbances*. Ronald Press, New York.
Windle, C. (1962) Prognosis of mental subnormals. *American Journal of Mental Deficiency*, 66, #5 (Monograph Supplement).
Wing, J.K., Birley, J.L.T., Cooper, J.E., Graham, P. and Isaacs, A.D. (1967) Reliability of a procedure for measuring and classifying present psychiatric state. *British Journal of Psychiatry*, 113, 499.
Wing, J.K. and Hailey, A.M. (eds.) (1972) *Evaluating a Community Psychiatric Service: the Camberwell Register 1964–1971*. Oxford University Press, London.
Wing, L. (1970) Observations on the psychiatric section of the International Classification of Diseases and the British Glossary of Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 1, 79–85.
Wisdom, J.O. and Wolff, H.H. (eds.) (1965) *The Role of Psychosomatic Disorder in Adult Life*. Pergamon Press, London.
Wise, C.D. and Stein, L. (1973) Dopamine-B-hydroxylase deficits in the brains of schizophrenic patients. *Science*, 181, 344–7.
Witkin, H.A. (1965) Psychological differentiation and forms of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 317–36.
Witkin, H.A. and Asch, S.E. (1948) Studies in space orientation: IV. Further experiments on perception of the upright with displaced visual fields. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 762–82.
Witkin, H.A., Dyk, R.B., Faterson, H.F., Goodenough, D.R. and Karp, S.A. (1962) *Psychological Differentiation*. John Wiley, New York.
Witkin, H.A., Lewis, H.B., Hertzman, M., Machover, K., Meissner, P.B. and Wapner, S. (1954) *Personality Through Perception*. Harper & Row, New York.
Witkin, H.A., Mednick, S.A., Schulsinger, F., Bakkestrom, E., Christiansen, K.O., Goodenough, D.R., Hirschhorn, K., Lundsteen, C., Owen, D.R., Phillip, J., Rubin, D.B. and Stocking, M. (1976) Criminality in XYY and XXY men. *Science*, 193. 347–555.
Witmer, H.L. and Keller, J. (1942) Outgrowing childhood problems: a study of the value of child guidance treatment. *Smith College Studies In Social Work*, 13, 74–90.
Wittkower, E.D. and Prince, R. (1974) A review of transcultural psychiatry. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.2: *Child andAdolescent Psychiatry, Sociocultural and Community Psychiatry*. Basic Books, New York.
Wittman, P., Sheldon, W.H. and Katz, C.J. (1948) A study of the relationship between constitutional variations and fundamental psychotic behavior reactions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 108, 470–6.
Wittson, C.L. and Hunt, W.A. (1951) The predictive value of the brief psychiatric interview. *American Journal of Psychiatry*, 107, 582–5.

Welford, A.T. (1951) *Skill and Age: An Experimental Approach.* Oxford University Press, London.

Welsh, G.S. (1956) Factor dimensions A and R. In G.S. Welsh and W.G. Dahlstrom (eds.) *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine.* University of Minnesota Press, Minneapolis.

Wenger, M.A., Clemens, T.L. and Cullen, T.D. (1962) Autonomic functions in patients with gastrointestinal and dermatological disorders. *Psychosomatic Medicine*, 24(3), 267–73.

Werner, H. (1948) *Comparative Psychology of Mental Development.* Revised edition. Follett, Chicago.

Werner, H. and Thuma, B.D. (1942) Critical flicker-frequency in children with brain injury. *American Journal of Psychology*, 55, 394–400.

West, F.H., Bond, E.D., Shurley, J.T. and Meyer, C.D. (1955) Insulin coma therapy in schizophrenia: a fourteen year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 111, 583–9.

West, L.J. (ed.) (1962) *Hallucinations.* Grune & Stratton, New York.

Westermeyer, J. (1972) A comparison of amok and other homicide in Laos. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 703–9.

Westropp, C. and Williams, M. (1960) *Health and Happiness in Old Age.* Methuen, London.

White, A.R. (1964) *Attention.* Basil Blackwell, Oxford.

White, J.G., Merrick, M. and Harbison, J.J.M. (1969) Williams Scale for the Measurement of Memory: test reliability and validity in a psychiatric population. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 141–51.

White, R.W. and Watt, N.F. (1973) *The Abnormal Personality.* 4th edn. Ronald Press, New York.

Whitehorn, J.C. and Betz, B.J. (1954) A study of psychotherapeutic relationships between physicians and schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 111, 321–31.

Whitehorn. J.C. and Betz, B.J. (1960) Further studies of the doctor as a crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 117, 215–23.

Whitty, C.W.M. and Zangwill, O.L. (1966) *Amnesia.* Butterworth, London.

Wiggins, J.S., Renner, K.E., Clore, G.L. and Rose, R.T. (1971) *The Psychology of Personality.* Addison-Wesley Publishing, Menlo Park, California.

Wilkins, R.W. (1954) Clinical usage of Rauwolfia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 59, 36.

Williams, M. (1968) The measurement of memory in clinical practice. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 19–34.

Williams, R.J. (1960) The biological approach to the study of personality. Paper presented at the Berkeley Conference on Personality Development in Childhood. University of California, 5 May.

Williams, R.J. and Kalita, D.K. (1977) *A Physician's Handbook on Orthomolecular Medicine.* Pergamon, New York.

Disorders: The Future of the Brain Sciences. Spectrum Publications, Flushing, NY.

Walters, G.C. and Grusec, J.E. (1977) *Punishment*. W.H. Freeman, San Francisco.

Walton, D. and Black, D.A. (1957) The validity of a psychological test of brain damage. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 270–9.

Walton, D., White, J.G., Black, D.A. and Young, A.J. (1959) The Modified Word-Learning Test. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 213–20.

Ward, C.H., Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, J.E. and Erbaugh, J.K. (1962) The psychiatric nomenclature: reasons for diagnostic disagreement. *Archives of General Psychiatry*, 7, 198–205.

Ward, J. (1919) Psychology. In *Encyclopaedia Britannica, 9th edition*. Volume 20. Encyclopaedia Britannica Co., London.

Warren, W. (1973) Malnutrition and mental development. *Psychological Bulletin*, 80, 324–8.

Watson, J.B. (1913) Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158–78.

Watson, J.B. (1914) *Behavior: an Introduction to Comparative Psychology*. Holt, New York.

Watson, J.B. and Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–22.

Watson, R.I. (1953) A brief history of clinical psychology. *Psychological Bulletin*, 50, 321–46.

Wechsler, D. (1945) A standardized memory scale for clinical use. *Journal of Psychology*, 19, 87–95.

Wechsler, D. (1958) *The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence*. 4th edn. Williams & Wilkins, Baltimore.

Wechsler, H., Grosser, G.H. and Greenblatt, M. (1965) Research evaluating antidepressant medications on hospitalized mental patients: a survey of published reports during a five-year period. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, 231–9.

Weckowicz, T.E. (1957) Size constancy in schizophrenic patients. *Journal of Mental Science*, 103, 475–86.

Weckowicz. T.E. (1958) Autonomic activity as measured by the mecholyl test and size constancy in schizophrenic patients. *Psychosomatic Medicine*, 20, 66–71.

Weckowicz. T.E. and Blewitt, D.B. (1959) Size constancy and abstract thinking in schizophrenic patients. *Journal of Mental Science*, 105, 909–34.

Wegrocki, H.J. (1939) A critique of cultural and statistical concepts of abnormality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 34, 166–78.

Weiner, H. (1978) The illusion of simplicity: the medical model revisited. *American Journal of Psychiatry*, 135, 27–33.

Weiskott, G.N. (1974) Moon phases and telephone counseling calls. *Psychological Reports*, 35, 752–4.

Weissman. M.M. (1975) The assessment of social adjustment: a review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 32, 357–65.

van Loon, F.H.G. (1927) Amok and lattah. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 21, 434–44.

van Loon, F.H.G. (1928) Protopathic instinctive phenomena in normal and pathologic Malay life. *British Journal of Medical Psychology*, 8, 264–76.

van Praag, H.M. (1978) *Psychotropic Drugs: A Guide for the Practitioner*. Brunner/Mazel, New York.

Vazuka, F.A. (1962) *Essentials of the Neurological Examination*. (Published in connection with the film of the same title.) Smith, Kline & French, Montreal.

Veith, I. (1957) Psychiatric nosology: from Hippocrates to Kraepelin. *American Journal of Psychiatry*, 114, 385–91.

Verebey, K., Volavka, J. and Clouet, D. (1978) Endorphins in psychiatry: an overview and a hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 35(7), 877–88.

Verghese, A., Large, P. and Chiu, E. (1978) Relationship between body build and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 132, 12–15.

Vernon, J. (1963) *Inside the Black Room*. Poller, New York.

Vetter, H. (1969) *Language Behavior and Psychopathology*. Rand McNally, Chicago.

Viney, L. (1969) Self: the history of a concept. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 5(4), 349–59.

Vockell, E.L., Felker, D.W. and Miley, C.H. (1973) Birth-order literature 1967–1972. *Journal of Individual Psychology*, 24, 39–53.

von Baeyer, W. (1935) *The Genealogy of Psychopathic Swindlers and Liars*. Leipzig.

von Bertalanffy, L. (1968) *Organismic Psychology and Systems Theory*. Clark University Press, Worcester, Mass.

von Feuchtersleben, E.F. (1845) *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*. Carl Gerold, Vienna.

Wagoner, R.A. (1960) Differences in response latency and response variability between high and low anxiety subjects in a flicker-fusion task. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 355–9.

Walker, J. (1913) The Montessori method of education. *Education Review*, 46, 300–7.

Walker, R.N. (1962) *Body Build and Behavior in Young Children: I. Body Build and Nursery School Teachers' Ratings*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 27(3), Serial #84.

Wallace, H.E.R. and Whyte, M.B.H. (1959) Natural history of the psychoneuroses. *British Medical Journal*, 1, 144–8.

Walter, W.G. (1953) *The Living Brain*. W.W. Norton, New York.

Walter, W.G. and Crow, H.J. (1964) Depth recording from the human brain. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 16, 68–72.

Walter, W.G., Weinberg, H. and Cooper, R. (1973) The detection and analysis of electric brain events during expectancy and following feedback of information. In S. Bogoch (ed.) *Biological Diagnosis of Brain*

Truax, C.B. (1967) Translations and premature translations into practice. *International Journal of Psychiatry*, 3, 158–60.
Truax, C.B. and Carkhuff, R.R. (1964) Significant developments in psychotherapy research. In L.E. Abt & B.F. Riess (eds.) *Progress in Clinical Psychology*. Grune & Stratton, New York.
Truax, C.B. and Carkhuff, R.R. (1967) *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Aldine Publishing, Chicago.
Turner, J.J. (1938) A syndrome of infantilism, congenital webbed neck, and cubitus valgus. *Endocrinology*, 23, 566–74.
Tyhurst, J.S. (1962) The interview: talks to students. Mimeographed paper, Department of Psychiatry, University of British Columbia.

Uchida, I.A. (1973) Paternal origin of the extra chromosome in Down's syndrome. *Lancet*, 2(7840), 1258.
Uhlenhuth, E.H., Balter, M.D., Lipman, R.S., and Haberman, S.J. (1977) Remembering life events. In J.S. Strauss, H.M. Babigian & M. Roff (eds.) *The Origins and Course of Psychopathology: Methods of Longitudinal Research*. Plenum Press, New York.
Uhlenhuth, E.H. and Paykel, E.S. (1973) Symptom configuration of life events. *Archives of General Psychiatry*, 28, 743.
Uhlenhuth, E.H., Rickels, K., Fisher, S., Park, L.C., Lipman, R.S. and Mock, J. (1966) Drug, doctors' verbal attitude and clinic setting in the symptomatic response to pharmacotherapy. *Psychopharmacologia*, 9, 392–418.
Ullmann, L.P. and Krasner, L. (1969) *A Psychological Approach to Abnormal Behavior*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
Underwood, B.J. and Viterna, R.O. (1951) Studies of distributed practice: IV. The effect of similarity and rate of presentation in verbal discrimination learning. *Journal of Experimental Psychology*, 42, 296–9.
US Congress (1963) *Community Mental Health Centers Act of 1963*. US Government Printing Office, Washington, DC.
US Congress (1965) *Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act Amendments of 1965*. US Government Printing Office, Washington, DC.
US Congress (1967) *Mental Health Amendments of 1967*. US Government Printing Office, Washington, DC.
US Congress (1970) *Community Mental Health Centers Amendments of 1970*. US Government Printing Office, Washington, DC.

Vail, D.J. (1966) *Dehumanization and the Institutional Career*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
Valenstein, E.S. (1973) *Brain Control*. John Wiley, New York.
Valentine, M., Keddie, K.M.G. and Dunne, D. (1968) A comparison of techniques in electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 989–96.
van Dusen, W., Wilson, W., Miners, W. and Hook, H. (1966) Treatment of alcoholism with Lysergide. Pre-publication abstract. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 534.

Thomas, A. and Sillen, S. (1972) *Racism and Psychiatry*. Brunner/Mazel, New York.

Thomson, K.C. and Hendrie, H.C. (1972) Environmental stress in primary depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 26, 130.

Thomson, P.G. (1965) A clinical formulation of conditions conducive to change in psychotherapy: Part III. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 10(3), 199–205.

Thorndike, E.L. (1898) Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Review*, Monograph Supplement 2(8).

Thorndike, E.L. (1908) A pragmatic substitute for free will. In *Essays in Honor of William James*. Longmans, Green; New York.

Thorndike, E.L. (1911) *Animal Intelligence*. Macmillan, New York.

Thorndike, E.L. (1913) *The psychology of learning*. Teachers College, New York.

Thorne, F.C. and Nathan, P.E. (1969) The general validity of official diagnostic classification. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 375–83.

Thorne, F.C. and Pishkin, V. (1978) Diagnosing personality states. In B.B. Wolman (ed.) *Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook*. Plenum Press, New York.

Thouless, R.H. (1931a) Phenomenal regression to the real object: I. *British Journal of Psychology*, 21, 339–59.

Thouless, R.H. (1931b) Phenomenal regression to the real object: II. *British Journal of Psychology*, 22, 1–30.

Tiger, L. (1969) *Men in Groups*. Random House, New York.

Titchener, E.B. (1921) *A Textbook of Psychology*. Macmillan, New York.

Tjio, J.H. and Levan, A. (1956) The chromosome number in man. *Hereditas*, 42, 1–6.

Tolman, E.C. (1920) Instinct and purpose. *Psychological Review*, 27, 218–33.

Tolman, E.C. (1923) The nature of instinct. *Psychological Bulletin*, 20, 200–18.

Tolman, E.C. (1932) *Purposive Behavior in Animals and Men*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Tolman, E.C. (1948) Cognitive maps in rats and men. *Psychological Bulletin*, 55, 189–208.

Tooth, G.C. and Newton, M.P. (1961) *Leucotomy in England and Wales, 1942–1954*. Her Majesty's Stationery Office, London.

Torrey, E.F. (1972) What western psychotherapists can learn from witchdoctors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 69–72.

Traquair, H.M. (1949) *An Introduction to Clinical Perimetry*. 6th edn. Henry Kimpton, London.

Trouton, D. and Eysenck, H.J. (1961) The effects of drugs on behavior. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.

Truax, C.B. (1962) Effective ingredients in psychotherapy: an approach to unraveling the patient-therapist interaction. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, St. Louis.

study of its effects on 350 patients over the ten years 1951–1960. *British Journal of Psychiatry*, 110, 609–40.

Szasz, T.S. (1957) Some observations on the use of tranquilizing drugs. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 86–92.

Szasz, T.S. (1960) The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113–18.

Szasz, T.S. (1966) The psychiatric classification of behavior: a strategy of personal constraint. In L.D. Eron (ed.) *The Classification of Behavior Disorders*. Aldine Publishing, Chicago.

Szasz, T.S. (1969) The crime of commitment: do we banish them to Bedlam for society's convenience? *Psychology Today*, 3, 55–7.

Szondi, L. (1944) *Schicksalsanalyse*. Benno Schwabe, Basel.

Szondi, L. (1947a) *Experimentelle Triebdiagnostik*. Verlag Hans Huber, Bern.

Szondi, L. (1947b) *Szondi Test (Testband)*. Verlag Hans Huber, Bern.

Taintor, Z. (1970) Birth order and psychiatric problems in boot camp. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1604–10.

Talland, G.A. (1965) *Deranged Memory: A Psychonomic Study of the Amnesic Syndrome*. Academic Press, New York.

Tamerin, J.S., Weiner, S., Poppen, R., Steinglass, P. and Mendelson, J.H. (1971) Alcohol and memory: amnesia and short-term function during experimentally induced intoxication. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1659–64.

Tanner, J.M. (1954) The reliability of anthropomorphic somatotyping. *American Journal of Physical Anthropology*, 12, 257.

Tarjan, G., Tizard, J., Rutter, M., Begab, M., Brooke, E.M., de la Cruz, F., Lin, T.-Y., Montenegro, H., Strotzka, H. and Sartorius, N. (1972) Classification and mental retardation: issues arising from the Fifth WHO Seminar on Psychiatric Diagnosis, Classification and Statistics. *American Journal of Psychiatry*, 128(11), 34–45.

Tarter, R.E., Templer, D.I. and Hardy, C. (1975) Reliability of the psychiatric diagnosis. *Diseases of the Nervous System*, 36, 30–1.

Tasso, J. and Miller, E. (1976) The effects of the full moon on human behavior. *Journal of Psychology*, 93, 81–3.

Tatum, A.L., Sievers, M.H. and Collins, K.H. (1929) Morphine addiction and its physiological interpretation based on experimental evidence. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapy*, 36, 447–75.

Teuber, H.L. (1960) The premorbid personality and reaction to brain damage. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30(2), 322–9.

Teuber, H.L., Battersby, W.S. and Bender, M.B. (1960) *Visual Field Defects after Penetrating Missile Wounds of the Brain*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Teuber, H.L., Milner, B. and Vaughan, H.G.Jr. (1968) Persistent anterograde amnesia after stab wound of the basal brain. *Neuropsychologia*, 6(3), 267–82.

Tharp, R.G. and Wetzel, R.J. (1969) *Behavior Modification in the Natural Environment*. Academic Press, New York.

factors in short-term psychotherapy. *Australian Journal of Psychology*, 18, 210–17.

Stout, G.F. (1899) *A Manual of Psychology*. Hinds, Noble & Eldredge, New York.

Strauss, J.S. (1975) A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 132(11), 1193–7.

Strauss, J.S. (1979) Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 30, 397–415.

Strupp, H.H. (1960) *Psychotherapists in Action*. Grune & Stratton, New York.

Strupp, H.H. (1974) On the basic ingredients of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 249–60.

Strupp, H.H. and Bergin, A.E. (1969) Some empirical and conceptual bases for coordinating research in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 7, 18–90.

Strupp, H.H. and Bloxom, A.L. (1973) Preparing lower-class patients for group psychotherapy: development of a role induction film. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 373–84.

Strupp, H.H. and Hadley, S.W. (1977) A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes with specific reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187–96.

Strupp, H.H. and Williams, J.V. (1960) Some determinants of clinical evaluations of different psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 2, 434–40.

Subotnik, L. (1969) 'Spontaneous remission' of emotional disturbance in a general medical practice. Paper presented at the Annual Convention of the Western Psychological Association, Vancouver.

Subotnik, L. (1972) Spontaneous remission: fact or artifact? *Psychological Bulletin*, 77(1), 32–48.

Suinn, R.M. (1970) *Fundamentals of Behavior Pathology*. John Wiley, New York.

Sullivan, H.S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. (Edited by H.S. Perry and M.L. Gawel.) W.W. Norton, New York.

Sundberg, N.D. and Tyler, L.E. (1962) *Clinical psychology*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Sutton, J.M.Jr. and McIntire, W.G. (1977) Relationship of ordinal position and sex to neuroticism in adults. *Psychological Reports*, 41, 843–6.

Swanson, D. and Stipes, A. (1969) Psychiatric aspects of Klinefelter's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 814–22.

Swets, J.A. (ed.) (1964) *Signal Detection and Recognition by Human Observers*. John Wiley, New York.

Swets, J.A., Tanner, W.P.Jr. and Birdsall, T.G. (1961) Decision processes in perception. *Psychological Review*, 68, 301–40.

Sydenstricker, V.P. and Cleckley, H.M. (1941) The effect of nicotinic acid in stupor, lethargy and other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 98, 83–90.

Sykes, M.K. and Tredgold, R.F. (1964) Restricted orbital undercutting: a

Srole, L. (1968) Medical and sociological models in assessing mental health. In S.B. Sells (ed.) *The Definition and Measurement of Mental Health.* US Department of Health, Education, and Welfare, Washington, D.C.

Stalker, H. (1938) Double vertebral compression fracture from convulsion therapy. *Lancet*, 2, 1172–3.

Stampfl, T.G. (1975) Implosive therapy: staring down your nightmares. *Psychology Today*, 8(9), 66–73.

Stampfl, T.G. and Levis, D.J. (1967) The essentials of implosive therapy: a learning-theory based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496–503.

Stampfl, T.G. and Levis, D.J. (1968) Implosive therapy: a behavioral therapy? *Behavior Research and Therapy*, 6, 31–6.

Stampfl, T.G. and Levis, D.J. (1973) *Implosive Therapy: Theory and Technique.* General Learning Press, New Jersey.

Statistics Canada (1974) *Manual for the Classification of Psychiatric Diagnoses: based on the International Classification of Diseases*, Adapted (ICDA-8). Information Canada, Ottawa.

Staudt, V. and Zubin, J. (1957) A biometric evaluation of the somatotherapies in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 54, 171–96.

Stein, L. and Wise, C.D. (1971) Possible etiology of schizophrenia: progressive damage to the noradrenergic reward system by 6-hydroxydopamine. *Science*, 71, 1032–6.

Stene, J., Fischer, G., Mikkelsen, M. and Petersen, E. (1977) Paternal age effect on Down's syndrome. *Annals of Human Genetics*, 46, 299–306.

Stengel, E. (1941) On the aetiology of the fugue states. *Journal of Mental Science*, 87, 572–99.

Stengel, E. (1943) Further studies on pathological wandering (fugues with the impulse to wander). *Journal of Mental Science*, 89, 224–41.

Stengel, E. (1964) *Suicide and Attempted Suicide.* Penguin, Baltimore.

Stephenson, W. (1953) *The Study of Behavior.* University of Chicago Press, Chicago.

Stern, R.S. and Cobb, J.P. (1978) Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 132, 233–9.

Sternbach, R.A. (1971) Psychosomatic diseases. In G.D. Shean (ed.) *Studies in Abnormal Behavior.* Rand McNally, Chicago.

Stevens, S.S. (1951) Mathematics, measurement and psychophysics. In S.S. Stevens (ed.) *Handbook of Experimental Psychology.* John Wiley, New York.

Stevenson, I. (1974) The psychiatric interview. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry.* Basic Books, New York.

Stewart, W.A. (1967) *Psychoanalysis: The First 10 Years.* Macmillan, New York.

Stierlin, H. (1967) Bleuler's concept of schizophrenia: a confusing heritage. *American Journal of Psychiatry*, 123, 996–1001.

Stoller, F.H. (1968) Marathon group therapy. In G.M. Gazda (ed.) *Innovations to Group Psychotherapy.* Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Stone, A.R., Imber, S.D. and Frank, J.D. (1966) The role of non-specific

Socarides, R. Green & R.L. Spitzer, A Symposium: Should Homosexuality be in the APA Nomenclature? *American Journal of Psychiatry*, 130(11), 1207–16.
Spitzer, R.L., Burdock, E.I. and Hardesty, A.S. (1964) *Mental Status Schedule*. Biometrics Research Unit, New York State Psychiatric Institute.
Spitzer, R.L. and Endicott, J. (1976) Proposed definition of medical and mental disorder for DSM-III. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Anaheim, California,
Spitzer, R.L., Endicott, J., Cohen, J. and Fleiss, J.L. (Unpublished) Constraints on the validity of computer diagnosis.
Spitzer, R.L., Endicott, J., Fleiss, J.L. and Cohen, J. (1970) The Psychiatric Status Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 23, 41–55.
Spitzer, R.L., Endicott, J., Mesnikoff, A. and Cohen, J. (1967–1968) *Psychiatric Evaluation Form: Diagnostic Version*. Biometric Research Unit, New York State Psychiatric Institute, New York.
Spitzer, R.L., Endicott, J. and Robbins, E. (1975) Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132(11), 1187–92.
Spitzer, R.L. and Fleiss, J.L. (1974) A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 125, 341–7.
Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., Endicott, J. and Cohen, J. (1967) Mental Status Schedule: properties of factor analytically derived scales. *Archives of General Psychiatry*, 16, 479–93.
Spitzer, R.L., and Forman, J.B.W. (1979) DSM-III field trials: II. Initial experience with the multiaxial system. *American Journal of Psychiatry*, 136(6), 818–20.
Spitzer, R.L., Forman, J.B.W. and Nee, J. (1979) DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136, 815–17.
Spitzer, R.L., Sheehy, M. and Endicott, J. (1977) DSM-III: guiding principles. In V.M. Rakoff, H.C. Stancer & H.B. Kedward (eds.) *Psychiatric Diagnosis*. Brunner/Mazel, New York.
Spitzer, R.L., Williams, J.B. and Skodol, A.E. (1980) DSM-III: the major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137(2), 151–64.
Spitzer, R.L. and Wilson, P.T. (1968) A guide to the American Psychiatric Association's new diagnostic nomenclature. *American Journal of Psychiatry*, 124(12), 1619–29.
Spitzer, R.L. and Wilson, P.T. (1975) Classification in psychiatry: nosology and the official psychiatric nomenclature. In A.M. Freeman, H.I. Kaplan & B.J. Sadock (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry, II*. 2nd edn. Williams & Wilkins, Baltimore.
Squire, L.R. (1975) A stable impairment in remote memory following electroconvulsive therapy. *Neuropsychologia*, 13, 51–8.
Squire, L.R. and Chace, P.M. (1975) Memory functions six to nine months after electroconvulsive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1557–64.

Smith, J.S. and Kiloh, L.G. (1977) *Psychosurgery and Society*: Symposium Organised by the Neuropsychiatric Institute, Sydney, 26–27 September 1974. Pergamon Press, Oxford.

Smith, L.H., Hughes, J., Hastings, D.W. and Alpers, B.J. (1942) Electroshock treatment in the psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 98, 558–61.

Smith, M.B. (1950) The phenomenological approach in personality theory: some critical remarks. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45, 516–22.

Smith, M.B. and Hobbs, N. (1966) The community and the community mental health center. *American Psychologist*, 21, 499–509.

Snow, C.E. and Hoefnagel-Hohl, M. (1978) The critical period for language acquisition: evidence from second language learning. *Child Development*, 49(4), 1114–28.

Snyder, S.H. (1976) The dopamine hypothesis of schizophrenia: focus on the dopamine receptor. *American Journal of Psychiatry*, 133, 197–202.

Snyder, S.H. (1977) The brain's own opiates. *Clinical and Experimental Neurology*, 26–35.

Snygg, D. and Combs, A.W. (1949) *Individual Behavior*. Harper & Row, New York.

Solomon, R.L. (1964) Punishment. *American Psychologist*, 19, 239–55.

Sommer, R. (1969) *Personal Space: The Behavioral Basis of Design*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Spence, D.P. and Bressler, J. (1962) Subliminal activation of conceptual associates: a study of 'rational' preconscious thinking. *Journal of Personality*, 30, 89–105.

Spence, K.W. (1936) The nature of discrimination learning in animals. *Psychological Review*, 43, 427–49.

Spence, K.W. (1951) Theoretical interpretations of learning. In S.S. Stevens (ed.) *Handbook of Experimental Psychology*. John Wiley, New York.

Spiegel, E.A., Wycis, H.T. and Freed, H. (1949) Thalatomy: neuropsychiatric aspects. *New York State Journal of Medicine*, 49, 2273–4.

Spiegel, E.A., Wycis, H.T., Marks, M. and Lee, A.J. (1947) Stereotaxic apparatus for operations on the human brain. *Science*, 106, 349–50.

Spies, T. (1955) Nutrition and disease, pellagrous psychosis. *Postgraduate Medical Journal*, 17, 70.

Spitz, R.A. (1945) Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53–74.

Spitz, R.A. (1946) Hospitalism: a follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113–17.

Spitz, R.A. and Wolf, K.M. (1946) Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood: I. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313–42.

Spitzer, R.L. (1973) A proposal about homosexuality and the APA nomenclature: homosexuality as an irregular form of sexual development and sexual orientation disturbance as a psychiatric disorder. In R.J. Stoller, J. Marmon, I. Bieber, R. Gold, C.W.

experimental approach to psychiatric diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 201.

Sherrington, C.S. (1900) In E.A.Shafer (ed.) *Textbook of Physiology*. Pentland, Edinburgh. (Cited by R. Melzack & P.D. Wall (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971–9.)

Shoben, E.J.Jr. (1953) Some observations on psychotherapy and the learning process. In O.H.Mowrer (ed.) *Psychotherapy: Theory and Research*. Ronald Press, New York.

Shoichet, R.P. and Oakley, A. (1978) Notes on the treatment of anhedonia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23, 487–92.

Shurley, J.T. (1963) The hydro-hypodynamic environment. In *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*. Vol.3. University of Toronto Press, Toronto.

Siegel, R.K. (1977) Hallucinations. *Scientific American*, 237(4), 132–40.

Sills, F.D. (1950) A factor analysis of somatotypes and their relationship to achievement in motor skills. *Research Quarterly*, 21, 424–37.

Silverstone, T. and Turner, P. (1978) *Drug Treatment in Psychiatry*. 2nd edn. Routledge & Kegan Paul, London.

Simmel, M.L. (1956) Phantoms in patients with leprosy and in elderly digital amputees. *American Journal of Psychology*, 69, 529–45.

Simpson, G.M., Amin, M., Angus, J.W., Edwards, J.G., Go, S.H. and Lee, H.J. (1972) Rôle of antidepressants and neuroleptics in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 27, 337–45.

Singer, B.D. (1967) Some implications of differential psychiatric treatment of negro and white patients. *Social Science and Medicine*, 1, 77–83.

Sisler, G.C. (1967) The concept – 'paranoid'. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12, 183–7.

Skinner, B.F. (1938) *The Behavior of Organisms*. Appleton-Century-Crofts. New York.

Skinner, B.F. (1953) *Science and Human Behavior*. Macmillan, New York.

Skinner, B.F. (1954) The science of learning and the art of teaching. *Harvard Educational Review*, 24, 86–97.

Skinner, B.F. (1960) Pigeons in a pelican. *American Psychologist*, 15, 28–37

Skinner, B.F. (1969) *Contingencies of Reinforcement: a Theoretical Analysis*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Slavson, S.R. (1943) *An Introduction to Group Therapy*. The Commonwealth Fund, New York.

Smart, R.G. (1968) LSD: problems and promise. *Canada's Mental Health*, Supplement #57.

Smart, R.G. and Bateman, K. (1967) Unfavorable reactions to LSD: a review and analysis of the available case reports. *Canadian Medical Association Journal*, 97, 1214–21.

Smart, R.G., Storm, F., Baker, E.F.W. and Solursh, L. (1967) *Lysergic Acid Diethylamide in the Treatment of Alcoholism*. University of Toronto Press, Toronto. Ont

Smith, G.F. and Berg, J.M. (1976) *Down's Anomaly*. Churchill Livingstone, New York.

Seligman, M.E.P. and Maier, S.F. (1967) Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1–9.
Selye, H. (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 12.
Selye, H. (1950) *Stress: The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Acta, Montreal.
Selye, H. (1952) *The Story of the Adaptation Syndrome*. Acta, Montreal.
Selye, H. (1955) Stress and disease. *Science*, 122, 625.
Selye, H. (1974) *Stress without Distress*. McClelland & Stewart, Toronto.
Semmes, J., Weinstein, S., Ghent, L. and Teuber, H.L. (1963) Correlates of impaired orientation in personal and extrapersonal space. *Brain*, 86, 747–72.
Shaffer, L.F. (1936) *The Psychology of Adjustment: An Objective Approach to Mental Hygiene*. Houghton Mifflin, New York.
Shaffer, L.F., Gilmer, B. and Schoen, M. (1940) *Psychology*. Harper & Bros., New York.
Shagass, C. (1972) Experimental neurosis. In A.M.Freedman & H.I. Kaplan (eds.) *Human Behavior: Biological, Psychological and Sociological*. Atheneum, New York.
Shakow, D. (1963) Psychological deficit in schizophrenia. *Behavioral Science*, 8, 275–305.
Shakow, D. (1968) The role of classification in the development of the science of psychopathology with particular reference to research. In M.M. Katz, J.O. Cole & W.E. Barton (eds.) *The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology*. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.
Shapiro, M. and Ravenette, E. (1959) A preliminary experiment on paranoid delusions. *Journal of Mental Science*, 105, 295–312.
Sharpe, L., Gurland, B.J., Fleiss, J.L., Kendell, R.E., Cooper, J.E. and Copeland, J.R.M. (1974) Comparison of American, Canadian and British psychiatrists in their diagnostic concepts. *Canadian Psychiatric Association Journal*. 19, 235–45.
Sharpless, S. and Jasper, H. (1956) Habituation of the arousal reaction. *Brain*. 79, 655–80.
Sheldon, W.H., Dupertuis, C.W. and McDermott, E. (1954) *Atlas of Men: a Guide for Somatotyping the Adult Male at all Ages*. Harper & Row, New York.
Sheldon, W.H., Hartl, E.M. and McDermott, E. (1949) *Varieties of Delinquent Youth*. Harper & Row, New York.
Sheldon, W.H. and Stevens, S.S. (1942) *Varieties of Temperament: a Psychology of Constitutional Differences*. Harper & Row, New York.
Sheldon, W.H., Stevens, S.S. and Tucker, W.B. (1940) *The Varieties of Human Physique: An Introduction to Constitutional Psychology*. Harper & Row, New York.
Shelly, J.A. and Bassin, A. (1965) Daytop Lodge: a new treatment approach for drug addicts. *Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy*, 11, 186–95.
Shepherd, M., Brooke, E.M., Cooper, J.E. and Lin, T.-Y. (1968) An

Schafer, R. (1968) The mechanisms of defence. *International Journal of Psychoanalysis*, 49(1), 49–62.
Schlosberg, H. (1954) Three dimensions of emotion. *Psychological Review*, 61, 81–8.
Schmidt, H.O. and Fonda, C.P. (1956) The reliability of psychiatric diagnoses: a new look. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 262–7.
Schmitt, R.C. (1957) Density, delinquency, and crime in Honolulu. *Sociology and Social Research*, 41, 274–6.
Schmitt, R.C. (1963) Implications of density in Hong Kong. *Journal of the American Institute of Planners*, 29, 210–17.
Schneider, K. (1925) Zwangszustände in Schizophrenie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 74, 93–107.
Schneider, K. (1930) *Psychologie der Schizophrenen*. Thieme, Leipzig.
Schneider, K. (1934) *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*. Franz Deuticke, Leipzig.
Schneider, K. (1958) *Klinische Psychopathologie*. 5th edn. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. (Also published as 'Clinical Psychology' (Translated by M.W. Hamilton) Grune & Stratton, New York. 1959.)
Schofield, W. (1964) *Psychotherapy: the Purchase of Friendship*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
Schorer, E.E., Lowinger, P., Sullivan, T. and Hartlaub, G.H. (1968) Improvement without treatment. *Diseases of the Nervous System*, 29, 100–4.
Schorr, A.L. (1963) *Slums and social insecurity*. Department of Health, Education and Welfare, Washington.
Schulman, J.L., Kaspar, J.C. and Throne, F.M. (1965) *Brain Damage and Behavior: A Clinical-Experimental Study*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
Schultz, D. (1976) *Theories of Personality*. Brooks/Cole, Monterey, Calif.
Schur, M. (1966) The id and the regulatory principles of mental functioning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Monograph Series, 4, 1–220.
Schwitzgebel, R.K. and Kolb, D.A. (1974) *Changing Human Behavior: Principles of Planned Intervention*. McGraw-Hill, New York.
Scott, J.P. (1958) Critical periods in the development of social behavior in puppies. *Psychosomatic Medicine*, 20, 42–54.
Scott, J.P. (1962) Critical periods in behavior development: critical periods determine the direction of social, intellectual, and emotional development. *Science*, 138(3544), 949–58.
Scott, W.A. (1958) Research definitions of mental health and mental illness. *Psychological Bulletin*, 55, 29–45.
Scott, W.A. (1968) Conceptions of normality. In E.Borgatta & W.Lambert (eds.) *Handbook of Personality Theory and Research*. Rand McNally, Chicago.
Scoville, W.B. (1968) Amnesia after bilateral medial temporal lobe excision: introduction to case H.M. *Neuropsychologia*, 6, 211–13.
Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness*. W.H. Freeman, San Francisco.

inadequate, passive-aggressive, paranoid, dependent. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.

Sanborn, D.E., Casey, T.M. and Niswander, G.D. (1970) Suicide: seasonal patterns and related variables. *Diseases of the Nervous System*, 31(10), 702–4.

Sandifer, M.G., Hordern, A. and Green, L.M. (1970) The psychiatric interview: the impact of the first three minutes. *American Journal of Psychiatry*, 126, 968–73.

Sandifer, M.G., Hordern, A., Timbury, G.C. and Green, L.M. (1968) Psychiatric diagnosis: a comparative study in North Carolina, London and Glasgow. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1–9.

Sandifer, M.G., Hordern, A., Timbury, G.C. and Green, L.M. (1969) Similarities and differences in patient evaluation by US and U.K. psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 126, 206–12.

Sandifer, M.G., Pettus, C. and Quade, D. (1964) A study of psychiatric diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 350–6.

Santostefano, S. and Stayton, S. (1967) Training the preschool retarded child in focussing attention: a program for parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 732–43.

Sarason, I.G. (1972) *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Sarbin, T.R. (1967) The concept of hallucination. *Journal of Personality*, 35, 359–80.

Sarbin, T.R. and Juhasz, J.B. (1967) The historical background of the concept of hallucination. *Journal of the History of the Behavioural Sciences*, 3(4), 339–58.

Sargent, W., Slater, E. and Kelly, D. (1972) *An introduction to physical methods of treatment in psychiatry*. 5th edn. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Sasaki, M. and Hara, Y. (1973) Paternal origin of the extra chromosome in Down's syndrome. *Lancet*, 2(7840), 1257–8.

Satir, V. (1964) *Conjoint Family Therapy*. Science & Behavior Books, Palo Alto.

Schacht, T. and Nathan, P.E. (1977) But is it good for the psychologists? Appraisal and status of DSM-III. *American Psychologist*, 32, 1017–24.

Schacter, S. (1959) *The Psychology of Affiliation*. Stanford University Press, Stanford.

Schacter, S. (1963) Birth order, eminence and higher education. *American Sociological Review*, 28, 757–68.

Schacter, S. and Singer, J.E. (1962) Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379–99.

Schaefer, E.S. and Aaronson, M. (1974) Infant education research project: implementation and implication of a home tutoring program. Mimeographed manuscript. Cited by J.R. Bemporad 'Cognitive development'. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.

study of the reliability of the mental status examination. *American Journal of Psychiatry*, 117, 1102–8.

Rosenzweig, S. (1943) An experimental study of 'repression' with special reference to need-persistive and ego-defensive reactions to frustration. *Journal of Experimental Psychology*, 32, 64–74.

Rosenzweig, S. (1944) Frustration theory. In J.McV. Hunt (ed.) *Personality and the Behavior Disorders*. The Ronald Press, New York.

Rosenzweig, S. (1954) A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298–304.

Ross, A.O. (1974) *Psychological Disorders of Children: A Behavioral Approach to Theory, Research and Therapy*. McGraw-Hill, New York.

Ross, A.O. and Lacey, H.M. (1961) Characteristics of terminators and remainers in child guidance treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 420–4.

Rothschild, D. (1945) Senile psychoses and psychoses with cerebral arteriosclerosis. In O.J. Kaplan (ed.) *Mental Disorders in Later Life*. Stanford University Press, Stanford, California.

Rotter, J.B. and Rafferty, J.E. (1953) Rotter incomplete sentences blank. In A.Weider (ed.) *Contributions toward Medical Psychology*. Vol.2. Ronald Press, New York.

Royal College of Psychiatrists (1977) Memorandum on the use of electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 131, 261–72.

Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency (1957) Command 169. Her Majesty's Stationery Office, London.

Ruesch. J. and Bateson, G. (1951) *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. W.W. Norton, New York.

Russell, J.A. and Mehrabian, A. (1977) Evidence for a three-factor theory of emotions. *Journal of Research in Personality*, 11(3), 273–94.

Russell, W.R. (1948) Functions of the frontal lobes. *Lancet*, 126(1), 356–60.

Russell, W.R. and Smith, A. (1961) Post-traumatic amnesia in closed head injury. *Archives of Neurology*, 5, 4–17.

Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L., Sneznevskij, A.V., Sadoun. R., Brooke, E. and Lin, T.-Y. (1969) A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 41–61.

Rutter, M., Shaffer, D. and Shepherd, M. (1973) An evaluation of the proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders: preliminary communication. *Psychological Medicine*, 3, 244–50.

Rychlak, J.F. (1974) The personality. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.

Salter, A. (1949) *Conditioned Reflex Therapy*. Farrar, Straus, New York.

Salzman, L. (1973) Changing styles in psychiatric syndromes: historical overview. *American Journal of Psychiatry*, 130(2), 147–9.

Salzman, L. (1974) Other character-personality syndromes: schizoid,

Service Publication #1254. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.
Rioch, M.J., Elkes, C., Flint, A.A., Usdansky, B.S., Newman, R.G. and Silber, E. (1963) National Institute of Mental Health pilot study in training mental health counselors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 678–89.
Roback, A.A. (1927) *The Psychology of Character*. SciArt Press, Cambridge, Mass.
Roeder, F. and Muller, D. (1969) The stereotaxic treatment of paedophilic homosexuality. *German Medical Monthly*, 14, 265–71.
Rogers, C.R. (1951) *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin, Boston.
Rogers, C.R. (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.) *Psychology: A Study of a Science*. Vol.3. McGraw-Hill, New York.
Rogers, C.R. (1961) *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, Boston.
Rogerson, C.H., Hardcastle, D.H. & Duguid, K. (1935) A psychological approach to the problem of asthma and the asthma-eczema-prurigo syndrome. *Guy's Hospital Reports*, 85, 289–308.
Rome, H.P., Mataya, P., Pearson, J.S., Swenson, H.M., and Brannick, T.L. (1965) Automatic personality assessment. In R.W. Stacy and B. Waxman (eds.) *Computers in Biomedical Research. Vol.1.* Academic Press, New York.
Rome, H.P., Swenson, W.M., Mataya, P., McCarthy, C.E., Pearson, J.S. and Keating, R.F. (1962) Symposium on automation techniques in personality assessment. *Proceedings of the Mayo Clinic*, 37, 61–82.
Rorschach, H. (1942) *Psychodiagnostics*. Verlag Hans Huber, Berne.
Rosen, E., Fox, R.E. and Gregory, I. (1972) *Abnormal Psychology*. 2nd edn. W.B. Saunders, Philadelphia.
Rosenhan, D.L. (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179, 250–7.
Rosenthal, D. (1970) *Genetic Theory and Abnormal Behavior*. McGraw-Hill, New York.
Rosenthal, R. (1967) Covert communication in the psychological experiment. *Psychological Bulletin*, 67, 356–67.
Rosenthal, R.H. and Allen, T.W. (1978) The examination of attention, arousal, and learning dysfunctions of hyperkinetic children. *Psychological Bulletin*, 85, 689–715.
Rosenthal, S.H. (1964) Persistent hallucinations following repeated administration of hallucinogenic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 121, 238–44.
Rosenthal, S.H. and Gudeman, J.E. (1967) The endogenous depressive pattern. *Archives of General Psychiatry*, 16, 241–9.
Rosenwald, A.K. (1974) The psychological examination. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn, Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
Rosenzweig, N., Vandenberg, S.G., Moore, K. and Dukay, A (1961) A

Raush, H.L. (1952) Perceptual constancy in schizophrenia: I. size constancy. *Journal of Personality*, 21, 176–87.
Razran, G.H.S. (1935) Conditioned responses: an experimental study and a theoretical analysis. *Archives of Psychology*, 28, #191.
Rees, L. (1961) Constitutional factors and abnormal behavior. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
Rees, L. (1964) The importance of psychological, allergic and infective factors in childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 253–62.
Rees, W.L. (1973) The value and limitations of psychosurgery in the treatment of psychiatric illness. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* (Amsterdam), 76, 323–34.
Registrar General (1968) *British Glossary of Mental Disorders based on the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (1965, 8th rev.). Prepared by the Sub-Committee on Classification of Mental Disorders of the Registrar General's Advisory Committee on Medical Nomenclature and Statistics. Studies on Medical and Population Subjects No.22. Her Majesty's Stationery Office, London.
Reich, W. (1949) *Character Analysis*. 3rd edn. (T. Wolfe, translator.) Orgone Institute Press, New York.
Reich, W. (1953) *Character analysis*. Orgone Institute Press, New York.
Reitan, R.M. (1955) An investigation of the validity of Halstead's measures of biological intelligence. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 73, 28–35.
Reitan, R.M. and Davison, L. (1974) *Clinical Neuropsychology: Current Status and Application*. Winston, Washington, DC.
Reymert, M.L. (1950) Introduction. In M.L. Reymert (ed.) *Feelings and emotions: The Mooseheart Symposium*. McGraw-Hill, New York.
Rheingold, H.L. and Bayley, N. (1959) The later effects of an experimental modification of mothering. *Child Development*, 30, 363–72.
Ricciuti, H.N. (1948) Comparison of critical flicker frequency in psychotics, psychoneurotics and normals. *American Psychologist*, 3, 276–7.
Rice, L.N. (1965) Therapist's style of participation and case outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 155–60
Rich, A.R. and Schroeder, H.E. (1976) Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1081–96.
Richards, R. (1976) Depression: a conceptual analysis and attempt at quantification. Unpublished M.A. thesis: Simon Fraser University.
Rickles, N.K. (1955) Exhibitionism. *Journal of Social Therapy*, 1, 168–81.
Riese, W. (1959) *A History of Neurology*. MD Publications, New York.
Rimland, B. (1964) *Infantile Autism*. Appleton-Century-Crofts, New York.
Rimm, D.C. and Masters, J.C. (1974) *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings*. Academic Press, New York.
Rioch, M.J. (1966) Changing concepts in the training of psychotherapists. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 290–2.
Rioch, M.J., Elkes, C. and Flint, A.A. (1965) *National Institute of Mental Health Pilot Project in Training Mental Health Counselors*. Public Health

Prichard, J.C. (1835) *Treatise on Insanity*. Sherwood Gilbert & Piper, London.

Prichard, J.C. (1837) *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. Haswell, Barrington & Haswell, Philadelphia.

Prochaska, J.O. (1979) *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. The Dorsey Press, Homewood, Ill.

Purves-Stewart, J. and Worster-Drought, C. (1952) *The Diagnosis of Nervous Disease*. 10th edn. Edward Arnold, London.

Rabkin, J.G. and Struening, E.L. (1976) Life events, stress and illness. *Science*, 194, 1013–20.

Rachman, S. (1969) Treatment by prolonged exposure to high intensity stimulation. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 295–302.

Rachman, S.J. (1978) *Fear and courage*. W.H. Freeman, San Francisco.

Rahe, R.H. (1968) Life change measurement as a predictor of illness. *Proceedings Res. Soc. Med.*, 61, 1124.

Rahe, R.H., Mahan, J., Arthur, R.J. and Gunderson, E.K.E. (1970) Epidemiology of illness in naval environments: I. Illness types, distribution, severities, and relationship to life change. *Military Medicine*, 135, 443–52.

Raines, G.N. and Rohrer, J.H. (1955) The operational matrix of psychiatric practice: I. Consistency and variability in interview impressions of different psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 111, 721–33.

Rakoff, V.M., Stancer, H.C. and Kedward, H.B. (eds.) (1977) *Psychiatric Diagnosis*. Brunner/Mazel. New York.

Rank, O. (1929) *The Trauma of Birth*. Harcourt, Brace & World, New York.

Rapaport, D. (1951) The autonomy of the ego. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 15, 113–23.

Rapaport, D., Gill, M.M. and Schafer, R. (1968) *Diagnostic Psychological Testing*. Rev. edn.: R.R. Holt (ed.). International Universities Press, New York.

Rapoport, R. (1960) *Community as Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community*. Tavistock, London.

Rapoport, R. (1962) The state of crisis: some theoretical considerations. *Social Service Review*, 36, #2.

Rappeport, J.R. (1974) Antisocial behavior. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.

Raschid, M.S. (1967) The nature of mental illness: recent concepts of schizophrenia. Paper presented at the Seventh International Congress of Psychotherapy, Wiesbaden, 21–6 August.

Raskin, N. and Ehrenber, R. (1956) Senescence, senility and Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 113, 133–6.

Rathus, S.A. (1973) A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398–406.

Piaget, J. (1926) *The Language and Thought of The Child*. Translated by M.Warden. Routledge & Kegan Paul, London.

Pincus, J.H. and Glaser, G.H. (1966) The syndrome of minimal brain damage in childhood. *New England Journal of Medicine*, 275, 27–35.

Pine, F. (1964) The bearing of psychoanalytic theory on selected issues in research on marginal stimuli. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 205–22.

Pinel, P. (1806) *A treatise on insanity, in which are contained the principles of a new and more practical nosology of maniacal disorders than has yet been offered to the public, exemplified by numerous and accurate historical relations of cases from the author's public and private practice: with plates illustrative of the craniology of maniacs and ideots*. (Translated from the French by D.D. Davis.) Cadell & Davies, London.

Pokorny, A.D. (1968) Moon phases and mental hospital admissions. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6, 325–7.

Pokorny, A.D., Davis, A. and Harberson, W. (1963) Suicide, suicide attempts and weather. *American Journal of Psychiatry*, 120, 337–81.

Pokorny, A.D. and Mefferd, R.B. (1966) Geomagnetic fluctuations and disturbed behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143, 140–51.

Pollak, J.M. (1979) Obsessive-compulsive personality: a review. *Psychological Bulletin*, 86(2), 225–41.

Pool, J.L. (1949) Topectomy: a surgical procedure for the treatment of mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 110, 164.

Pope, B. and Scott, W.H. (1967) *Psychological Diagnosis in Clinical Practice with Applications in Medicine, Law, Education, Nursing, and Social Work*. Oxford University Press, New York.

Pope, K.S., Geller, J.D. and Wilkinson, L. (1975) Fee assessment and outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 835–41.

Pos, R. (1965) The sensory underload syndrome – a hypothesis. *Canada's Mental Health*, 13, 7–10.

Pos, R., Rzadki, E.J., McElroy, J.F. and Doyle, F.J. (1967) Research into the information underload (sensory deprivation) hypothesis of mental illness: preliminary report. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12. 135–45.

Post, F., Rees, W.L. and Schurr, P.H. (1968) An evaluation of bimedial leucotomy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1223–46.

Postman, L. (1947) The history and present status of the law of effect. *Psychological Bulletin*, 44, 489–563.

Postman, L., Bruner, J.S. and McGinnies, E. (1948) Perceptual values as selective factors in perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43, 142–54.

Premack, D. (1965) Reinforcement theory. In D. Levine (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation: 1965*. University of Nebraska Press, Lincoln.

Premack, D. (1971) Catching up with common sense or two sides of a generalization: reinforcement and punishment. In R. Glaser (ed.) *The Nature of Reinforcement*. Academic Press. New York.

Pastore, N. (1950) A neglected factor in the frustration-aggression hypothesis: a comment. *Journal of Psychology*, 29, 271–9.

Pastore, N. (1952) The role of arbitrariness in the frustration-aggression hypothesis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 728–32.

Paterson, D.G. (1930) *Physique and Intellect*. Century, New York.

Patterson, G.R., Jones, R., Whittier, J. and Wright, M.A. (1965) A behavior modification technique for the hyperactive child. *Behavior Research and Therapy*, 2, 217–26.

Pauling, L. (1968) Orthomolecular psychiatry. *Science*, 160, 265–71.

Pauling, L. (1973) Preface. In D. Hawkins & L. Pauling (eds.) *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia*. W.H. Freeman, San Francisco.

Pauling, L. (1974) On the orthomolecular environment of the mind: orthomolecular theory. *American Journal of Psychiatry*, 131(11), 1251–7.

Pavlov, I.P. (1927) *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Translated and edited by G.V. Anrep. Oxford University Press, London.

Pavlov, I.P. (1928) *Lectures on conditioned reflexes*. Translated by W.H. Gantt. International Publishers, New York.

Paykel, E.S., Prusoff, B.A. and Uhlenhuth, E.H. (1971) Scaling life events. *Archives of General Psychiatry*, 25, 340.

Payne, R.W. (1961) Cognitive abnormalities. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.

Payne, R.W., Matussek, P. and George, E.I. (1959) An experimental study of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 195, 627–52.

Payne, R.W. and Sloane, R.B. (1968) Can schizophrenia be defined? *Diseases of the Nervous System*, 29, 113–17.

Penfield, W. and Perot, P. (1963) The brain's record of auditory and visual experience. *Brain*, 86, 595–696.

Penrose, L.S. (1961) Mongolism. *British Medical Bulletin*, 17, 184–9.

Perlman, H.H. (1957) *Social Casework: A Problem-Solving Process*. University of Chicago Press, Chicago.

Perls, F.S. (1969) *Gestalt Therapy Verbatim*. Real People Press, Moab, Utah.

Perls, F.S., Hefferline, R.F. and Goodman, P. (1951) *Gestalt Therapy*. Dell, New York.

Peters, J.E. and Stern, R.M. (1971) Specificity of attitude hypothesis in psychosomatic medicine: a re-examination. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 129–35.

Peters, R.S. (1960) *The Concept of Motivation*. 2nd edn. Routledge & Kegan Paul, London.

Petrich, J. and Holmes, T.H. (1977) Life change and onset of illness. *Medical Clinics of North America*, 61(4), 825–38.

Pfeifer, L. (1970) A subjective report of tactile hallucinations in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 57–60.

Osborn, R.D. (1968) The moon and the mental hospital: an investigation of one area of folklore. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6, 88–93.
Osborne, J.G. (1969) Free-time as a reinforcer in the management of classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 113–18.
Osgood, C.E. (1952) The nature and measurement of meaning. *Psychological Bulletin*, 49, 197–237.
Osgood, C.E. (1953) *Method and Theory in Experimental Psychology*. Oxford University Press, New York.
Osgood, C.E., Suci, G.J. and Tannenbaum, P.H. (1957) *The Measurement of Meaning*. University of Illinois Press, Urbana, Ill.
Osmond, H. and Hoffer, A. (1962) Massive niacin treatment in schizophrenia: review of a nine-year study. *Lancet*, 1, 316–19.
Osmond, H. and Smythies, J. (1952) Schizophrenia: a new approach. *Journal of Mental Science*, 98, 309–15.
Ottosson, J.-O. (1960) Experimental studies of the therapeutic action of electro-convulsive therapy in endogenous depression. The role of the electrical stimulation and the seizure studied by variation of stimulus intensity and modification by lidocaine of seizure discharge. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 35, Supplement #145, 69–102.
Overall, J.E. (1963) Dimensions of manifest depression. *Psychiatric Research*, 1, 239–45.
Overmier, J.B. and Seligman, M.E.P. (1967) Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 23–33.
Overton, D.A. (1972) State-dependent learning produced by alcohol and its relevance to alcoholism. In B. Kissin & H. Begleiter (eds.) *The biology of alcoholism*: Vol.2. *Physiology and behavior*. Plenum, New York.

Paine, R.S. (1962) Minimal chronic brain syndromes in children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 4, 21–7.
Palmer, S. (1960) *A Study of Murder*. Thomas Y. Crowell, New York.
Parloff, M.B., Kelman, H.C. and Frank, J.D. (1954) Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111, 343–51.
Parsons, O.A. (1970) Clinical neuropsychology. In C.D. Spielberger (ed.) *Current Topics in Clinical and Community Psychology*. Vol.2. Academic Press, New York.
Parsons, R.L. (1884) Detention in asylums. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 11, 8–24.
Partridge, G.E. (1930) Current conceptions of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 10, 53–99.
Pasamanick, B., Dinitz, S. and Lefton, M. (1959) Psychiatric orientation and its relation to diagnosis and treatment in a mental hospital. *American Journal of Psychiatry*, 116, 127–32.
Pasamanick, B. and Knoblock, H. (1961) Epidemiologic studies on the complications of pregnancy and the birth process. In G. Caplan (ed.) *Prevention of Mental Disorders in Children*. Basic Books, New York.

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1977) Report and recommendations – Psychosurgery. DHEW Publication 77–0001. US Government Printing Office, Washington, DC.

Nauta, W.J.H. (1964) Some brain structures and functions related to memory. *Neurosciences Research Progress Bulletin*, 2(5), 1–20.

Nebes, R.D. (1974) Hemispheric specialization in commissurotomized man. *Psychological Bulletin*, 81(1), 1–14.

Neff, W.S. and Koltuv, M. (1967) *Work and Mental Disorder*. Institute for the Crippled and Disabled, New York.

Nelson, S.E. (1955) Psychosexual conflicts and defenses in visual perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 427–33.

Nemiah, J.C. (1974) Anxiety: signal, symptom, and syndrome. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd. edn. Vol.3: *Adult clinical psychiatry*. Basic Books, New York.

Newman, R.W. (1952) Age changes in body build. *American Journal of Physical Anthropology*, 10, 75–90.

Newmark, C.S., Raft, D., Toomey, T., Hunter, W. and Mazzaglia, J. (1975) Diagnosis of schizophrenia: pathognomonic signs or symptom clusters. *Comprehensive Psychiatry*, 16(2), 155–63.

Nichols, K.A. (1976) Preparation for membership in a group. *Bulletin of the British Psychological Society*, 29, 353–9.

Novakovsky, S. (1924) Arctic or Siberian hysteria as a reflex of the geographic environment. *Ecology*, 5, 113–27.

Nunnally, J.C. (1967) *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, New York.

Nydes, J. (1963) The paranoid masochistic character. *Psychoanalytic Review*, 50, 55–91.

Nyiro, J. (1937) Beitrag zur Wirkung der Krampftherapie der Schizophrenie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 40, 180.

Offer, D. and Sabshin, M. (1966) *Normality: Theoretical and Clinical Concepts of Mental Health*. Basic Books, New York.

Oldfield, R.C. and Williams, M. (1961) Cerebral trauma in infancy and intellectual defect. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 24, 32–6.

Oldham, A.J. (1969) Community psychiatry in London: a three-year analysis. *British Journal of Psychiatry*, 115, 465–74.

O'Leary, K.D. and Wilson, G.T. (1975) *Behavior Therapy: Application and Outcome*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Oliven, J.F. (1943) Moonlight and nervous disorders: a historical study. *American Journal of Psychiatry*, 99, 579–84.

Opler, M.K. (1957) Schizophrenia and culture. *Scientific American*, 197(2), 103–10.

Orme, J. (1963) Intelligence, season of birth, and climatic temperature. *British Journal of Psychology*, 54, 273–6.

Orne, M.T. (1962) Implications for psychotherapy derived from current research on the nature of hypnosis. *American Journal of Psychiatry*, 118, 1097–103.

Mosak, H.H. and Dreikurs, R. (1973) Adlerian psychotherapy. In R. Corsini (ed.) *Current Psychotherapies*. F.E. Peacock, Itasca, Ill.

Mowrer, O.H. (1950) Review of N.R.F. Maier 'Frustration: the study of behavior without a goal'. *Science*, 111, 434.

Mowrer, O.H. (ed.) (1953) *Psychotherapy: Theory and Research*. Ronald Press, New York.

Mowrer, O.H. (1960) *Learning Theory and Behavior*. John Wiley, New York.

Mowrer, O.H. (1961) *The Crisis in Psychiatry and Religion*. D. van Nostrand, Princeton.

Mowrer, O.H. (1965) Integrity therapy. *Faculty Forum*, 1–2, 5.

Mowrer, O.H. (1966) Integrity therapy: what it is, how and why it works. *The Dis-Coverer*, 3(1), 1–5.

Mowrer, O.H. and Mowrer, W.M. (1938) Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436–9.

Müller-Lyer. F.C. (1896) Über Kontrast und Konfluxion. *Zeitschrift für Psychologie*, 9, 1–16; 10, 421–431.

Mumford, S. and Carpenter, G. (1979) Psychological services and the elderly. *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 286–8.

Munro, A. (1972) Psychosomatic medicine: I. The psychosomatic approach. *The Practitioner*, 208, 162–8.

Murray, H.A. (1938) *Explorations in Personality*. Oxford University Press, New York.

Murray, H.A. (1943) *Thematic Apperception Test Manual*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Murray, H.A. (1968) Components of an evolving personological system. In D.L. Sills (ed.) *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Vol.12. Macmillan & Free Press, New York.

Murrell, S.A. (1970) Intra family variables and psychotherapy outcome research. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 7(1), 19–21.

Myers, J.K., Lindenthal, J.J. and Pepper, M.P. (1971) Life events and psychiatric impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152, 149–57.

Myerson, A. (1940) Review of 'Mental disorders in urban areas'. *American Journal of Psychiatry*, 96, 995–7.

Nacht, S. and Racamier, R.C. (1960) Symposium on depressive illness: II. Depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 481–96.

Naeye, R., Diener, M., Harcke, H. and Blanc, W. (1971) Relation of poverty and race to birth weight and organ cell structure in the newborn. *Pediatric Research*, 5, 17–22.

Nathan, P.E. and Harris, S.L. (1980) *Psychopathology and Society*. McGraw-Hill, New York.

Nathan, P.E., Andberg, M.M., Behan, P.O. and Patch, V.D. (1969) Thirty-two observers and one patient: a study of diagnostic reliability. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 9–15.

Nathan, P.E., Samaraweera, A., Andberg, M.M. and Patch, V.D. (1968) Syndromes of psychosis and psychoneurosis: a clinical validation study. *Archives of General Psychiatry*, 19(6), 704–16.

References

Mintz, S. and Alpert, M. (1972) Imagery vividness, reality testing and schizophrenic hallucinations. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(3), 310–16.

Mischel, W. (1968) *Personality and Assessment*. John Wiley, New York.

Mischel, W. (1969) Continuity and change in personality. *American Psychologist*, 24(11), 1012–18.

Mischel, W. (1971) *Introduction to Personality*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Mischel, W. (1972) Direct versus indirect personality assessment: evidence and implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 319–24.

Mischel, W. (1973) Towards a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252–83.

Mischel, W. (1974) Processes in delay of gratification. In L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*: Vol.7. Academic Press, New York.

Mischel, W. (1977) On the future of personality measurement. *American Psychologist*, 32(4), 246–254.

Mohr, J.W., Turner, R.E. and Jerry, M.B. (1964) *Pedophilia and Exhibitionism*. University of Toronto Press, Toronto.

Moltz, H. (1960) Imprinting: empirical basis and theoretical significance. *Psychological Bulletin*, 57(4). 291–314.

Moniz, E. (1936) *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*. Masson, Paris.

Monro, A. (1972) Psychosomatic medicine: I. The psychosomatic approach. *The Practitioner*, 208, 162–8.

Monroe, R.R. (1970) *Episodic Behavioral Disorders*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Monroe, R.R. (1974) Episodic behavioral disorders: an unclassified syndrome. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.

Montague. A. (1968) Chromosomes and crime. *Psychology Today*, 2(5), 43–9.

Moore, M.S. (1975) Some myths about 'mental illness'. *Archives of General Psychology*, 32, 1483–97.

Mora, G. (1967) History of psychiatry. In A.M. Freeman & H.I. Kaplan (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, New York.

Morel, B. (1860) *Traites des maladies mentales*. Masson, Paris.

Moreno, J.L. (1932) *The First Book of Group Psychotherapy*. Beacon House, New York.

Moreno, J.L. (1946) *Psychodrama*. Beacon House, New York.

Moreno, J.L. (1955) The discovery of the spontaneous man with special emphasis upon the technique of role reversal. *Group Psychotherapy*. 8, 103–29.

Morrison, J.R. and Minkoff. K. (1975) Explosive personality as a sequel to the hyperactive child syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 343–8.

Miller, E. (1967) Psychological theories of ECT: a review. *British Journal of Psychiatry*, 113, 301–11.
Miller, H. (1968) Irrationality of medical specialties: a review of Sydney Walker III 'Psychiatric signs and symptoms due to medical problems'. *British Medical Journal*, #5609, 43.
Miller, J.G. (1951) Objective methods of evaluating process and outcome in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 108, 258.
Miller, J.G. (1960) Information input overload and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 116, 695–704.
Miller, J.G. (1961) Sensory overloading. In B.E. Flaherty (ed.) *Psychophysiological Aspects of Space Flight*. Columbia University Press, New York.
Miller, N.E. (With the collaboration of Sears, R.R., Mowrer, O.H., Doob, L.W. and Dollard, J.) (1941) I. The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*, 38, 337–42.
Miller, N.E. (1944) Experimental studies in conflict. In J.McV. Hunt (ed.) *Personality and the behavior disorders*. Ronald Press, New York.
Miller, N.E. (1959) Liberalization of basic S-R concepts: extensions to conflict behavior, motivation and social learning. In S. Koch (ed.) *Psychology: A Study of a Science*. Vol.2. McGraw-Hill, New York.
Miller, W.R., Rosellini, R.A. and Seligman, M.E.P. (1977) Learned helplessness and depression. In J.D.Maser & M.E.P. Seligman (eds.) *Psychopathology: Experimental Models*. W.H. Freeman, San Francisco.
Millon, T. (1967) *Theories of Psychopathology: Essays and Critiques*. W.B. Saunders, Philadelphia.
Millon, T. (1969) *Modern psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. W.B. Saunders, Philadelphia.
Millon, T. (1973) *Theories of Psychopathology and Personality: Essays and Critiques*. 2nd edn. W.B. Saunders, Philadelphia.
Millon, T. and Millon, R. (1974) *Abnormal Behavior and Personality: A Biosocial Learning Approach*. W.B. Saunders, Philadelphia.
Milner, B. (1968) Alteration of perception and memory in man: reflections on methods. In L. Weiskrantz (ed.) *Analysis of behavior change*. Harper & Row, New York.
Milner. B. (1969) Residual intellectual and memory defects after head injury. In A.E. Walker, W.F. Caveness & M. Critchley (eds.) *The late effects of head injury*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
Milner, B. (1971) Interhemispheric differences in the localization of psychological processes in man. *British Medical Bulletin*, 27(3), 272–7.
Milner. B., Corkin, S. and Teuber, H.L. (1968) Further analysis of hippocampal amnestic syndrome: 13 year follow-up of H.M. *Neuropsychologia*, 6, 215–34.
Ministry of Health, USSR (1951) Order prohibiting lobotomy. *Neuropat. i psikhiat.*, 20, 17 (Cited by W. Freeman, Psychosurgery. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol.2. Basic Books, New York. 1959.)
Mintz, A. (1946) A re-examination of correlations between lynchings and economic indices. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 159–60.

Meichenbaum, D.H. (1971) *Cognitive Factors in Behavior Modification.* Research Report #25, Department of Psychology, University of Waterloo.

Meichenbaum, D. (1974) *Cognitive Behavior Modification.* General Learning Press, Morristown, N.J.

Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach.* Plenum Press, New York.

Meige, H. and Feindel, E. (1902) *Les tics et leur traitement.* Masson & Cie., Paris.

Meige, H. and Feindel, E. (1907) *Tics and their treatment.* Appleton, London.

Meltzer, H. and Stahl, S. (1976) The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin,* 2, 19–76.

Melzack, R. (1961) The perception of pain. *Scientific American,* 204(2), 41–9.

Melzack, R. and Scott, T.H. (1957) The effects of early experience on the response to pain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology,* 50, 155–61.

Mendels, J. and Cochrane, C. (1968) The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. *American Journal of Psychiatry,* 124, 1–11.

Menkes, M., Rowe, J. and Menkes, S.J. (1967) A 25 year follow-up study of the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics,* 39(2), 393–9.

Merrin, E.L. and Silberfarb, P.M. (1976) The Capgras phenomenon. *Archives of General Psychiatry,* 33, 965–8.

Meth, J.M. (1974) Exotic psychiatric syndromes. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry,* 2nd edn. Vol.3: *Adult clinical psychiatry.* Basic Books, New York.

Meyer, Adolf (1910) The dynamic interpretation of dementia praecox. *American Journal of Psychology,* 21, 385.

Meyer, Adolf, Jelliffe, S.E. and Hoch, A. (1911) *Dementia Praecox: A Monograph.* Gorham, Boston.

Meyer, V. and Crisp, A.H. (1966) Some problems in behavior therapy. *British Journal of Psychiatry,* 112, 367–81.

Michael, S.T. and Langner, T.S. (1963) *Social Mobility and Psychiatric Symptoms.* Diseases of the Nervous System, Monograph Supplement 24, 1.

Michelson, W.H. (1970) *Man and his Urban Environment: A Sociological Approach.* Addison-Wesley, Reading, Mass.

Miller, A. (1967) The lobotomy patient – a decade later: a follow-up study of a research project started in 1948. *Canadian Medical Association Journal,* 96, 1095–103.

Miller, D.H., Clancy, J. and Cumming, E. (1953) A comparison between unidirectional current nonconvulsive electrical stimulation given with Reiter's machine, standard alternating current electroshock (Cerletti method), and pentothal in chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry,* 109, 617–21.

routine physical examination in psychiatric cases. *The Practitioner*, 1968, 200, 686–91.
Martin, B. (1961) The assessment of anxiety by physiological behavioral measures. *Psychological Bulletin*, 58, 234–55.
Martin, B. (1977) *Abnormal Psychology: Clinical and Scientific Perspectives*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
Martin, W.L., Ford, H.F., McDonald, E.C. and Towler. M.L. (1965) Clinical evaluation of unilateral EST. *American Journal of Psychiatry*, 121, 1086–90.
Marx, M.B., Garrity, T.F. and Bowers, F.R. (1975) The influence of recent life experience on the health of college freshmen. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 87–98.
Maslow, A.H. (1962) *Toward a Psychology of Being*. D. Van Nostrand, New York.
Maslow, A.H. (1967) Neurosis as a failure of personal growth. *Humanitas*, 3, 153–70.
Masserman, J.H. (1943) *Behavior and Neurosis*. University of Chicago Press, Chicago.
Masters, J.C. and Johnson, V.E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown, Boston.
Matsunaga, E., Tonomura, A., Hidetsune, O. and Yasumoto, K. (1978) Re-examination of the paternal age effect in Down's syndrome. *Human Genetics*, 40, 259–68.
Maurer, A. (1974) Corporal punishment. *American Psychologist*, 29(8), 614–26.
May, P.R.A. (1968) *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods*. Science House, New York.
May, P.R.A. (1971) Psychotherapy and ataraxic drugs. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. John Wiley, New York.
Mayer-Gross, W., Slater, E. and Roth, M. (1960) *Clinical Psychiatry*. Cassell, London.
Medawar, P.B. (1964) Darwin's illness. *Annals of Internal Medicine*, 61(4), 782–7.
Meduna, L. von (1934) Über experimentelle Campherepilepsie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 102, 333–9.
Meduna, L. von (1936) *Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie*. Marhold, Halle.
Meduna, L. von (1938) General discussion of the Cardiazol therapy. *American Journal of Psychiatry*, 94, 40–50.
Meehl, P.E. (1950) On the circularity of the law of effect. *Psychological Bulletin*, 47, 52–75.
Meehl, P.E. (1954) *Clinical vs. Statistical Prediction*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
Meehl, P.E. (1956) Wanted – a good cookbook. *American Psychologist*, 11, 263–72.
Meehl, P.E. (1962) Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827–38.

(eds.) *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. Vol.2. Brunner/Mazel, New York.

Maier, N.R.F. (1949) *Frustration: The Study of Behavior without a Goal*. University of Michigan Press, Ann Arbor.

Main, T.F. (1946) The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66.

Malitz, S., Wilkens, B. and Esecover, H. (1962) A comparison of drug-induced hallucinations with those seen in spontaneously occurring psychoses. In L.J. West (ed.) *Hallucinations*. Grune & Stratton, New York.

Malmo, R.B. (1957) Anxiety and behavioral arousal. *Psychological Review*, 64, 276–87.

Malmo, R.B. (1959) Activation: a neurophysiological dimension. *Psychological Review*, 66, 367–86.

Malmo, R.B. and Shagass, C. (1949a) Physiologic studies of reaction to stress in anxiety and early schizophrenia. *Psychosomatic Medicine*, 11(1), 9–24.

Malmo, R.B. and Shagass, C. (1949b) Physiologic study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress. *Psychosomatic Medicine*, 11(1), 25–9.

Malmo, R.B., Shagass, C. and Davis, F.H. (1950) Specificity of bodily reactions under stress: a physiological study of somatic symptom mechanisms in psychiatric patients. In *Life Stress and Bodily Disease: 1949 Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, Vol.XXIX, 231–61.

Manaster, G.J. (1977) Birth order – an overview. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 3–8.

Manning, N.P. (1976a) What happened to the therapeutic community? In K.Jones (ed.) *Yearbook of Social Policy in Britain: 1975*. Routledge and Kegan Paul, London.

Manning, N.P. (1976b) Innovation in social policy: the case of the therapeutic community. *Journal of Social Policy*, 5(3), 265–79.

Marconi, J. (1967) Scientific theory and operational definitions in psychopathology with special reference to alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28, 631–40.

Mark, J.C. (1953) The attitudes of the mothers of male schizophrenics toward child behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 185–9.

Marks, I.M. (1972) Flooding (implosion) and related treatments. In W.S. Agras (ed.) *Behavior Modification: Principles and Clinical Applications*. Little, Brown, Boston.

Marks, I.M., Hodgson, R. and Rachman, S. (1975) Treatment of chronic obsessive-compulsive neuroses by in-vivo exposure: a two-year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349–64.

Marks, M.R. (1964) How to build better theories, tests, and therapies: the off-quadrant approach. *American Psychologist*, 19(10), 793–8.

Marshall, H.E.S. (1949) Cited by D.A.W. Johnson in The evaluation of

MacDonald, A.P.Jr. (1971) Birth order and personality. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 171–6.
MacDonald, J.M. (1961) *The Murderer and His Victim*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
McDougall, W. (1908) *An Introduction to Social Psychology*. Methuen, London.
McFall, R.M. and Marston, A.R. (1970) An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 295–303.
McFarland, R.A., Halperin, M.H. and Niven, J.I. (1944) Visual thresholds as an index of physiological imbalance during anoxia. *American Journal of Physiology*, 142, 328–49.
McGhie, A. and Chapman, J. (1961) Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103–16.
McGinnies, E. (1949) Emotionality and perceptual defense. *Psychological Review*, 56, 244–51.
McGraw, R.B. and Oliven, J.F. (1959) Miscellaneous therapies. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol.2. Basic Books, New York.
Machover, K. (1949) *Personality Projection in the Drawings of a Human Figure*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
McLemore, C.W. and Benjamin, L.S. (1979) Whatever happened to interpersonal diagnosis? A psychosocial alternative to DSM-III. *American Psychologist*, 34(1), 17–34.
McMahon, F.B. (1976) *Abnormal Behavior: Psychology's View*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
McNair, D.M., Callahan, D.M. and Lorr, M. (1962) Therapist 'type' and patient response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 26, 425–9.
McNeil, E.B. (1970) *The Psychoses*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
McQuade, W. (1972) What stress can do to you. *Fortune*, 85(1), 102.
Maddi, S.R. (1968) *Personality Theories: a Comparative Analysis*. The Dorsey Press, Homewood.
Maher, B.A. (1966) *Principles of Psychopathology: An Experimental Approach*. McGraw-Hill, New York.
Maher, B.A. (1974) Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98–113.
Maholick, L.T. and Turner, D.W. (1979) Termination: that difficult farewell. *American Journal of Psychotherapy*, 33(4), 583–91.
Mahoney, M.J. (1980) *Abnormal Psychology: Perspectives on Human Variance*. Harper & Row, New York.
Mahoney, M.J. and Kazdin, A.E. (1979) Cognitive behavior modification: misconceptions and premature evacuation. *Psychological Bulletin*, 86(5), 1044–9.
Mahoney, M.J., Kazdin, A.E. and Lesswing, N.J. (1974) Behavior modification: delusion or deliverance? In C.M. Franks & G.T. Wilson

Lorenz, K. (1935) Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. *Journal of Ornithology*, 83, 137–213, 289–413.
Lorenz, K. (1952) *King Solomon's Ring: New Light on Animal Ways*. Methuen, London.
Lorenz, K. (1966) *On Aggression*. Harcourt, Brace & World, New York.
Lorr, M., Sonn, T.M. and Katz, M.M. (1967) Toward a definition of depression. *Archives of General Psychiatry*, 17, 183–5.
Lovinger, E. (1956) Perceptual contact with reality in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 87–91.
Luborsky, L. (1971) Perennial mystery of poor agreement among criteria for psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 316–19.
Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H., Cohen, J. and Bachrach, H.M. (1971) Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75(3), 145–85.
Lucero, R., Brown, B. and David, H. (1963) Seasonal variation in aberrant group behaviour. *Lancet*, 83, 153–6.
Luchins, A.S. (1950) On an approach to social perception. *Journal of Personality*, 19, 64–84.
Luria, A.R. and Homskaya, E.D. (1964) Disturbances in the regulative role of speech with frontal lobe lesions. In J.M. Warren & K. Akert (eds.) *The Frontal Granular Cortex and Behavior*. McGraw-Hill, New York.
Luten, D.B. (1964) Numbers against the wilderness. *Sierra Club Bulletin*, 49(9), 43–8.

Macalpine, I. and Hunter, R. (1969) Porphyria and King George III. *Scientific American*, 222(1), 38–46.
McAndrew, J., Berkey, B. and Matthews, C. (1967) The effects of dominant and nondominant unilateral ECT as compared to bilateral ECT. *American Journal of Psychiatry*, 124, 483–90.
McCall, R.J. (1975) The nonpsychotic personality disturbances: a re-evaluation and reclassification. *Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 205–22.
McClelland, D.C. (1950) Review of Maier's 'Frustration'. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45, 564–6.
McClelland, D.C. (1951) *Personality*. William Sloane Associates (Dryden Press), New York.
McClelland, D.C. (1955) *Studies in motivation*. Appleton-Century-Crofts, New York.
McClelland, D.C. (1961) *The Achieving Society*. D. van Nostrand, Princeton.
McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.W. and Lowell, E.L. (1953) *The Achievement Motive*. Appleton-Century-Crofts, New York.
McClelland, D.C., Baldwin, A.L., Bronfenbrenner, U. and Strodtbeck, F.L. (1958) *Talent and Society*. D. van Nostrand, Princeton.
McDonagh, J.M. (1971) The relationship between familial characteristics and two measures of dependency. *Dissertation Abstracts International*, 32, 542

Lezak, M.D. (1976) *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press, New York.

Lichtenberg, P. and Norton, D.G. (1971) *Cognitive and Mental Development in the First Five Years of Life*. US Public Health Service Publications, Washington, DC.

Liddell, H.S. (1944) Conditioned reflex method and experimental neurosis. In J.McV. Hunt (ed.) *Personality and the Behavior Disorders*. The Ronald Press Company, New York.

Liddell, H.S. (1956) *Emotional Hazards in Animals and Man*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Lidz, T. (1973) *The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders*. Basic Books, New York.

Lidz, T., Cornelison, A.R., Fleck, S. and Terry, D. (1957) The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: II. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, 241–8.

Lidz, T., Cornelison, A.R., Terry, D. and Fleck, S. (1958) Intrafamilial environment of the schizophrenic patient: VI. The transmission of irrationality. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, 305–16.

Lidz, T. and Fleck, S. (1965) Family studies and a theory of schizophrenia. In T. Lidz, S. Fleck and A.R. Cornelison (eds) *Schizophrenia and the Family*. International Universities Press, New York.

Lieber, A.L. and Sherin, C.R. (1972) Homicide and the lunar cycle: toward a theory of lunar influence on human emotional disturbance. *American Journal of Psychiatry*, 129, 69–73.

Lieberman, M.A., Yalom, I.D. and Miles, M.B. (1973) *Encounter Groups: First Facts*. Basic Books, New York.

Liebert, R.M. and Spiegler, M.D. (1978) *Personality: Strategies and Issues*. 3rd edn. The Dorsey Press, Homewood, Ill.

Lilly, J. (1956) Mental effects of reduction of ordinary levels of physical stimuli on intact healthy persons. *Psychiatric Research Reports*, 5, 1–9.

Linder, R. (1965) Diagnosis: description or prescription? A case study in the psychology of diagnosis. *Perceptual and Motor Skills*, 20, 1081–92.

Lindstrom, P. (1954) Prefrontal ultrasonic irradiation: a substitute for lobotomy. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 72, 399

Lindzey, G. (1967) Behavior and morphological variation. In J.N. Spuhler (ed.) *Genetic Diversity and Human Behavior*. Aldine, Chicago.

Lippitt, R.L. (1949) *Training in Community Relations*. Harper & Row, New York.

Livingston, W.K. (1943) *Pain Mechanisms*. Macmillan, New York.

Locke, E.A. (1971) Is 'behavior therapy' behavioristic? An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods. *Psychological Bulletin*, 76, 318–27.

Lombroso, C. (1876) *L'Uomo delinquente*. Hoepli, Milano.

Lombroso, C. (1899) *Le Crime: Causes et Remèdes*. Schleicher et C., Paris. (Also published as 'Crime: Its Causes and Remedies'. H.P. Horton, translator. Little, Brown, Boston. 1911)

London, P. (1972) The end of ideology in behavior modification. *American Psychologist*, 27, 913–20.

Leitenberg, H. (1965) Is time-out from positive reinforcement an aversive event? A review of the experimental literature. *Psychological Bulletin*, 64, 428–41.
Lejeune, J., Gautier, M. and Turpin, R. (1959) Les chromosomes humaines en culture de tissus. *Comptes Rendus Hebdomadaires des Sciences de l'Académie des Sciences*, 602–3.
Lejeune, J. and Turpin, R. (1961) Chromosomal aberrations in man. *American Journal of Human Genetics*, 13, 175–84.
Lejeune, J., Turpin, R. and Gautier, M. (1959) Le mongolisme, premier exemple d'aberration autosomique humaine. *Annales de Génétique*, 2, 41–9.
LeMay, M. (1968) Birth order and college misconduct. *Journal of Individual Psychology*, 24, 167–9.
Levine, S. (1959) Emotionality and aggressive behavior in the mouse as a function of infantile experience. *Journal of Genetic Psychology*, 94, 77–83.
Levine, S. and Lewis, G.W. (1958) Critical period for effects of infantile experience on maturation of stress response. *Science*, 129, 42–3.
Levine, S. and Mullins, R.F.Jr. (1966) Hormonal influences on brain organization in infant rats. *Science*, 152, 1585–91.
Levis, D.J. (1974) Implosive therapy: a review and critical analysis of Morganstern's review. Extended unpublished supplement to an article published in *Psychological Bulletin*, 81, 155–8.
Levitt, E.E. (1957) The results of psychotherapy with children: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189–96.
Levitt, E.E. (1963) Psychotherapy with children: a further evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 1, 45–51.
Levy, N.A. (1945) *Personality Disturbances in Combat Fliers*. Josiah Macy Jr Foundation, New York.
Levy, R. (1968) The clinical evaluation of unilateral electro-convulsive therapy. *Journal of Mental Science*, 114, 459–63.
Lewin, K. (1931) Environmental forces in child behavior and development. In C. Murchison (ed.) *A Handbook of Child Psychology*. Clark University Press, Worcester, Mass.
Lewin, K. (1935) *A Dynamic Theory of Personality*. McGraw-Hill, New York.
Lewin, K. (1951) *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. D. Cartwright (ed.). Harper & Row, New York.
Lewis, A. (1935) Problems of obsessional illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29, 13–24.
Lewis, A. Chairman, Sub-Committee on Classification of Mental Disorders of the Registrar General's Advisory Committee on Medical Nomenclature and Statistics. (1968) In *British Glossary of Mental Disorders based on the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (1965, 8th rev.). Studies on Medical and Population Subjects No.22. Her Majesty's Stationery Office, London.
Lewis, A.B. and Selzer, M. (1972) Some neglected issues in milieu therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 23(10), 293–8.

Lashley, K.S. (1947) Structural variation in the nervous system in relation to behavior. *Psychological Review*, 54, 325–34.

Lasker, G. (1947) The effects of partial starvation on somatotype: an analysis of material from the Minnesota Starvation Experiment. *American Journal of Physical Anthropology*, 5, 323–41.

Laufer, M.W. and Denhoff, E. (1957) Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463.

Laufer, M.W., Denhoff, E. and Solomons, G. (1957) Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38–49.

Lavater, J. (1789) *Essays on physiognomy*. Translated by H. Hunter. John Murray, London.

Lazarus, A.A. (1963) The results of behaviour therapy in 126 cases of severe neuroses. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 69–80.

Lazarus, A.A. (1966) Behavior rehearsal vs. nondirective therapy vs. advice in effecting behavior change. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 209–12.

Lazarus, A.A. (1971) *Behavior Therapy and Beyond*. McGraw-Hill, New York.

Lazarus, A.A. (1977) Has behavior therapy outlived its usefulness? *American Psychologist*, 32(7), 550–4.

Lazarus, A.A. and Wilson, G.T. (1976) Behavior modification: clinical and experimental perspectives. In B.B. Wolman (ed.) *The Therapist's Handbook*. Van Nostrand Reinhold, New York.

Lazarus, R.S. (1966) *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill, New York.

Ledwidge, B. (1978) Cognitive behavior modification: a step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 85(2), 353–75.

Ledwidge, B. (1979) Cognitive behaviour modification or new ways to change minds. *Psychological Bulletin*, 86(5), 1050–3.

Lee, T. (1976) *Psychology and the environment*. Methuen, London.

Lee, T. and Seeman, P. (1980) Elevation of brain neuroleptic/dopamine receptors in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137(2), 191–7.

Leeper, R.W. (1948) A motivational theory of emotion to replace 'emotion as disorganized response'. *Psychological Review*, 55. 5–21.

Leff. J. (1977) International variations in the diagnosis of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 131, 329–38.

Lehmann, H.E. (1975) Schizophrenia: clinical features. In A.M. Freedman, H.I. Kaplan & B.J. Sadock (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/II*. Williams & Wilkins, Baltimore.

Lehrman, L.J., Sirluck, H., Black, B.J. and Glick, S.J. (1949) *Success and Failure of Treatment of Children in the Child Guidance Clinics of the Jewish Board of Guardians*. Jewish Board of Guardians Publication Department, New York.

Leighton, A.H. and Hughes, J.H. (1961) Cultures as causative of mental disorder. In A.H. Leighton & J.H. Hughes (eds.) *Causes of Mental Disorders: A Review of Epidemiological Knowledge, 1959*. Milbank Memorial Fund, New York.

framework of a medical school and university. *Journal of Medical Education*, 39, 476–80.
Kubie, L.S. (1968) Pitfalls of community psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 18, 257–66.
Kubzansky, P.E. (1954) Visual discrimination and anxiety level under stress and non-stress conditions. Unpublished Ph.D. dissertation, Duke University.

L'Abate, L. (1964) *Principles of Clinical Psychology*. Grune & Stratton, New York.
Lacey, J.I. (1967) Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory. In M.H. Appley & R. Trumbull (eds.) *Psychological Stress*. McGraw-Hill, New York.
Lacey, J.I. and Lacey, B.C. (1958) Verification and extension of the principle of autonomic response-stereotypy. *American Journal of Psychology*, 71, 50–73.
Lader, M. (1975) *The Psychophysiology of Mental Illness*. Routledge & Kegan Paul, London.
Laing, R.D. (1960) *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Quadrangle Press, Chicago.
Laing, R.D. (1964) Is schizophrenia a disease? *International Journal of Social Psychiatry*, 10, 184–93.
Laing, R.D. (1967) *The Politics of Experience*. Ballantine, New York.
Lake, M. and Levinger, G. (1960) Continuance beyond application interviews in a child guidance clinic. *Social Casework*, 91, 303–9.
Lambert, M.J. (1976) Spontaneous remission in adult neurotic disorders: a revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83, 107–19.
Lancaster, N., Steinert, R. and Frost, I. (1958) Unilateral electro-convulsive therapy. *Journal of Mental Science*, 104, 221–7.
The *Lancet* (1972) Psychosurgery. *Lancet*, 8 July, 3, 69–70.
Lange, G.C. (1885) *Om Sindsbevägelser*. Copenhagen.
Lange, G.C. (1887) *Über Gemüthsbewegungen*. Übersetzt von H. Kurella, Leipzig.
Langner, T.S. and Michael, S.T. (1963) *Life Stress and Mental Health*. Free Press, New York.
Langness, L.L. (1967) Hysterical psychosis: the cross-cultural evidence. *American Journal of Psychiatry*, 124, 143–51.
Laqueur, H.P. (1975) Insulin coma therapy. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.
Lashley, K.S. (1918) A simple maze: with data on the relation of the distribution of practice to the rate of learning. *Psychobiology*, 1, 353–67.
Lashley, K.S. (1938) The thalamus and emotion. *Psychological Review*, 45, 42–61.
Lashley, K.S. (1942) The problem of cerebral organization in vision. In H. Kluver (ed.) *Biological Symposia*. Vol.VII. Jaques Cattell Press, Lancaster, Pa.

Koran, L.M. (1975b) The reliability of clinical methods, data and judgments: Part II. *New England Journal of Medicine*, 293, 695–701.
Korchin, S.J. (1976) *Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic and Community*. Basic Books, New York.
Korte, C.D. (1976) *The Effects of an Urban Environment on Social Behaviour.* University of St. Andrews, St.Andrews.
Kosa, J., Antonovsky, A. and Zola, I.K. (eds.) (1969) *Poverty and Health: A Sociological Analysis*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
Kraepelin, E. (1898) *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* Barth, Leipzig.
Kraepelin, E. (1915) *Psychiatrie.* Barth, Leipzig.
Krafft-Ebing, R.v. (1900) *Psychopathia Sexualis.* Rebman Company, New York.
Krafft-Ebing, R.v. (1901) *Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung: Eine medicinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen.* Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart.
Kraft, A.M. (1966) The therapeutic community. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* Vol.III. Basic Books, New York.
Kramer, M. (1968) Introduction: the history of efforts to agree on an international classification of mental disorders. In American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second edition (DSM-II).* American Psychiatric Association, Washington, DC.
Kramer, M. (1980) Historical review, and mental disorders sections of ICD-9 and ICD-9-CM. In American Psychiatric Association *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third edition).* American Psychiatric Association, Washington, DC.
Krause, M.S. (1961) The measurement of transitory anxiety. *Psychological Review*, 68, 178–89.
Krause, M.S. (1964) An analysis of Carl R. Rogers' theory of personality. *Genetic Psychology Monographs*, 69, 49–99.
Krause, M.S., Galinsky, M.D. and Weiner, I.B. (1961) A bibliography through 1957 of physiological indicators of transitory anxiety. *Journal of Psychological Studies*, 25, 414–19.
Krech, D. (1962) Cortical localization of function. In L. Postman (ed.) *Psychology in the making.* A.A. Knopf, New York.
Kreitman, N. (1961) The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal of Mental Science*, 107, 876–86.
Kretschmer, E. (1925) *Physique and character.* Translated by W.J.H. Sprout. Harcourt, Brace & World, New York.
Kroger, W.S. and Fezler, W.D. (1976) *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning.* J.B. Lippincott, Philadelphia.
Kubie, L.S. (1953) The problem of maturity in psychiatric research. *Journal of Medical Education*, 28, 11–27.
Kubie, L.S. (1962) The maturation of psychiatrists or the time that changes take. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 136, 286–8.
Kubie, L.S. (1964) A school of psychological medicine within the

Kleinmuntz, B. (1972) *Computers in Personality Assessment.* General Learning Press, Morristown, N.J.

Kleinmuntz, B. (1974) *Essentials of Abnormal Psychology.* Harper & Row, New York.

Kleinmuntz, B. (1980) *Essentials of Abnormal Psychology.* 2nd edn. Harper & Row, New York.

Kleinmuntz, B. and McLean, R.S. (1968) Diagnostic interviewing by digital computer. *Behavioral Science,* 12, 75–80.

Kline, N.S. (1963) Psychiatry in Indonesia. *American Journal of Psychiatry,* 119, 809–15.

Klinefelter, H.F.Jr., Reifenstein, E.C.Jr. and Albright, F. (1942) Syndrome characterized by gynocomastia aspermatogenesis without aleydigism, and increased excretion of follicle stimulating hormone. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 2, 615–27.

Klotz, M. (1959) The history and pharmacology of the ataractic drugs. *Diseases of the Nervous System,* 20, 365–8.

Kneuker, A.W. (1949) *Richtlinien einer Philosophie der Medizin.* Wilhelm Mandrich, Vienna.

Knight, G.C. (1965) Stereotactic tractotomy in the surgical treatment of mental illness. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* 28, 304.

Knight, G.C. (1969a) Bifrontal stereotactic tractotomy: an atraumatic operation of value in the treatment of intractable psychoneurosis. *British Journal of Psychiatry,* 115, 257–66.

Knight, G.C. (1969b) Stereotactic surgery for the relief of suicidal and severe depression and intractable psychoneurosis. *Postgraduate Medical Journal,* 45, 1–15.

Knobloch, H. and Pasamanick, B. (1958) Seasonal variation in the births of the mentally deficient. *American Journal of Public Health,* 48, 1201–8.

Knobloch, H. and Pasamanick, B. (1959) Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. *Journal of the American Medical Association,* 170, 1384–7.

Knobloch, H., Rider, R., Harper, P. and Pasamanick, B. (1956) Neuropsychiatric sequelae of prematurity. *Journal of the American Medical Association.* 161, 581–5.

Knoff, W.F. (1970) A history of the concept of neurosis with a memoir of William Cullen. *American Journal of Psychiatry,* 127, 80–4.

Knudsen, K. (1964) Homicide after treatment with lysergic acid diethylamide. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 180, 389–95.

Koch, J.A.L. (1891) *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten.* Maier, Ravensberg.

Kockelmans, J.J. (1971) Phenomenological psychology in the United States: a critical analysis of the actual situation. *Journal of Phenomenological Psychology,* 1, 139–72.

Kolb, L.C. and Vogel, V.H. (1942) The use of shock therapy in 305 mental hospitals. *American Journal of Psychiatry,* 99, 90–100.

Koran, L.M. (1975a) The reliability of clinical methods, data and judgments: Part I. *New England Journal of Medicine,* 293, 642–6.

Kempler, W. (1973) *Gestalt Therapy*. In R. Corsini (ed.) *Current Psychotherapies*. F.E. Peacock, Itasca, Illinois.
Kendell, R.E. (1973) Psychiatric diagnoses: a study of how they are made. *British Journal of Psychiatry*, 122, 437–45.
Kendell, R.E. (1975) The concept of disease and its implications for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 127, 305–15.
Kendell, R.E., Sharpe, L., Cooper, J.E., Gurland, B.J., Gourlay, A.J. and Copeland, J.R.M. (1971) Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 25, 123–30.
Kendler, H.H. (1952) 'What is learned?' – A theoretical blind alley. *Psychological Review*, 59, 269–77.
Keniston, K., Boltax, S. and Almond, R. (1971) Multiple criteria of treatment outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 107–18.
Kessler, J.W. (1966) *Psychopathology of Childhood*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
Kety, S.S. (1967) The hypothetical relationships between amines and mental illness: a critical synthesis. In H.E.Himwich, S.S.Kety & J.R.Smythies (eds.) *Amines and Schizophrenia*. Pergamon Press, Oxford.
Kilgalen, R.K. (1972) Hydrotherapy – Is it all washed up? *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(6), 3–6.
Killory, J.F. (1974) In defense of corporal punishment. *Psychological Reports*, 35, 575–81.
Kiloh, L.G. and Garside, R.F. (1963) The independence of neurotic depression and endogenous depression. *British Journal of Psychiatry*, 109, 451–63.
Kiloh, L.G. and Smith, J.S. (1978) The neural basis of aggression and its treatment by psychosurgery. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 12(1), 21–8.
King, L.M. (1978) Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 29, 405–33.
King, L.M., Dixon, V. and Nobles, W. (1976) *African Philosophy: Assumptions and Paradigms of Research on Black Persons*. Fanon Center Publications, Los Angeles.
Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. and Martin, C.E. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*. W.B. Saunders, Philadelphia.
Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. and Martin, C.E. (1949) Concepts of normality and abnormality in sexual behaviour. In P.H. Hoch & J. Zubin (eds.) *Psychosexual Development in Health and Disease*. Grune & Stratton, New York.
Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. and Martin, C.E. (1953) *Sexual Behavior in the Human Female*. W.B. Saunders, Philadelphia.
Klaesi, J. (1922) Dauernarkose mittels Somnifen bei Schizophrenen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 74, 557
Klebanoff, L.D. (1959) A comparison of parental attitudes of mothers of schizophrenics, brain injured, and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24, 445–54.
Klein, D.F. and Davis, J.M. (1969) *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders*. Williams & Wilkins, Baltimore.

Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959b) A methodological study of Freudian theory: II. The libido theory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(2), 133–43.

Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959c) A methodological study of Freudian theory: III. Narcissism, bisexuality and the dual instinct theory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(3), 207–21.

Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959d) A methodological study of Freudian theory: IV. The structural hypothesis, the problem of anxiety, the post-Freudian ego psychology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(4), 341–56.

Kasl, S.V. (1977) *The Effect of the Man-Made Environment on Health and Behavior*. Center for Disease Control, US Department of Health and Welfare, Atlanta.

Kasl, S.V. and Cobb, S. (1970) Blood pressure changes in men undergoing job loss: a preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 32, 19–38.

Katz, M.M., Cole, J.O. and Lowery, H.A. (1969) Studies of the diagnostic process: the influence of symptom perception, past experience and ethnic background on diagnostic decisions. *American Journal of Psychiatry*, 125, 937–47.

Kaufmann, H. (1965) Definitions and methodology in the study of aggression. *Psychological Bulletin*, 64, 351–64.

Kaufmann, H. (1970) *Aggression and Altruism: a Psychological Analysis*. Holt, Rinehart and Winston, New York.

Kavka, J. (1949) Pinel's conception of the psychopathic state: an historical critique. *Bulletin of the History of Medicine*, 23, 461–8.

Kazdin, A.E. and Wilcoxin, L.A. (1976) Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: a methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729–58.

Kazdin, A.E. and Wilson, G.T. (1978) Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 35(4), 407–16.

Kear-Colwell, J.J. (1972) A taxonomy of depressive phenomena and its relationships to the reactive-endogenous dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 121, 665–71.

Kellaway, P. (1946) The part played by electric fish in the early history of bioelectricity and electrotherapy. *Bulletin of the History of Medicine*, 20, 112–37.

Keller, M. (1958) Alcoholism: nature and extent of the problem. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 315, 1–11.

Kelley, D., Richardson, A. and Mitchell-Heggs, N. (1973) Technique and assessment of limbic leucotomy. In L. Laitinen & K.E. Livingston (eds.) *Surgical Approaches in Psychiatry*. Medical and Technical Publications, Lancaster.

Kelly, G.A. (1955) *The Psychology of Personal Constructs*. Norton, New York.

Kelly, G.A. (1958) Man's construction of his alternatives. In G.Lindzey (ed.) *Assessment of Human Motives*. Rinehart, New York.

Kelly, G.A. (1963) *A Theory of Personality*. Norton, New York.

Collected Works of C.G. Jung. Vol.7: *Two Essays on Analytical Psychology*. Pantheon, New York, 1953.)

Jung, C.G. (1945) *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten*. Zurich, (Also published as 'The relations between the ego and the unconscious' (R.F.C. Hull, translator). In Sir H. Read, M. Fordham & G. Adler (eds.) *The Collected Works of C.G. Jung*. Vol.7: *Two Essays on Analytical Psychology*. Pantheon, New York, 1953.)

Jung, C.G. (1951) *Aion: Untersuchungen zur Symbolgeschichte*. Rascher Verlag, Zurich. (Also published as 'The shadow' (R.F.C. Hull, translator). In Sir H. Read, M. Fordham & G. Adler (eds.) *The Collected Works of C.G. Jung*. Vol. 9(2): *Aion: researches into the phenomenology of the self*. Pantheon, New York, 1959.)

Kahlbaum, K.L. (1863) *Gruppierung der psychischen Krankheiten*. Kafemann, Danzig.

Kahlbaum, K.L. (1874) *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Hirschwald, Berlin.

Kahn, E. (1931) *Psychopathic Personalities*. Yale University Press, New Haven.

Kahn, E. and Cohen, L.H. (1934) Organic drivenness: a brain stem syndrome and an experience. *New England Journal of Medicine*, 210, 748.

Kahn, M.W. and Kirk, W.E. (1968) The concepts of aggression: a review and reformulation. *Psychological Record*, 18, 559–73.

Kalinowsky, L.B. (1975) Electric and other convulsive treatments. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.

Kalinowsky, L.B. and Hippius, H. (1969) *Pharmacological, Convulsive and Other Somatic Treatments in Psychiatry*. Grune & Stratton, New York.

Kalinowsky, L.B. and Worthing, H.J. (1943) Results with electric convulsive therapy in 200 cases of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 17, 144–53.

Kallman, F.J. (1946) The genetic theory of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 103, 309–33.

Kallman, F.J. (1953) *Heredity in Mental Health and Disorder*. Norton, New York.

Kanner, L. (1960) Do behavioral symptoms always indicate pathology? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1, 17–25.

Kaplan, B. (1972) Malnutrition and mental deficiency. *Psychological Bulletin*, 78, 321–34.

Kaplan, H.I. (1967) History of psychosomatic medicine. In A.M. Freeman & H.I. Kaplan (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore.

Kaplan, H.I. and Sadock, B.J (1973) *An Overview of the Major Affective Disorders*. A Psychiatric Annals Reprint. Insight Communications, New York.

Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959a) A methodological study of Freudian theory: I. Basic concepts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(1), 11–19.

James, R. and Griffin, A. (1968) Seasonal admission rates in Texas mental hospitals. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 190.
James, W. (1890) *Principles of psychology*. Henry Holt, New York.
James, W. and Lange, G.C. (1922) *The Emotions*. Williams & Wilkins, Baltimore.
Janet, P.M.F. (1908) *Les obsessions et la psychasthénie*. Félix Alcan, Paris.
Janet, P.M.F. (1925) *Psychological Healing*. Macmillan, New York.
Jarvik, L.F., Klodin, V. and Matsuyama, S.S. (1973) Human aggression and the extra Y chromosome: fact or fantasy? *American Psychologist*, 28(8), 674–82.
Jellinek, E.M. (1939) Some principles of psychiatric classification. *Psychiatry*, 2, 161–5.
Jenkins, J.J. and Lykken, D.T. (1957) Individual differences. *Annual Review of Psychology*, 8, 79–112.
Johnson, D.A.W. (1968) The evaluation of routine physical examination in psychiatric cases. *The Practitioner*, 200, 686–91.
Johnson, D.J. and Myklebust, H.R. (1967) *Learning Disabilities: Educational Principles and Practices*. Grune & Stratton, New York.
Johnson, W.G. (1975) Group Therapy: A Behavioural Perspective. *Behaviour Therapy*, 6, 30–8.
Jones, E. (1953) *The Life and Work of Sigmund Freud*. Vol. 1: *The formative years and the great discoveries 1856–1900*. Basic Books, New York.
Jones, H. (1956) *Crime and the Penal System*. University Tutorial Press, London.
Jones, H.E. (1931) Order of birth in relation to the development of the child. In C. Murchison (ed.) *Handbook of Child Psychology*. Clark University Press, Worcester, Mass.
Jones, M. (1953) *The Therapeutic Community*. Basic Books, New York.
Jones, M. (1968) *Beyond the Therapeutic Community*. Yale University Press, New Haven.
Jones, M. (1978) *Maturation of the Therapeutic Community*. Human Sciences Press, New York.
Jones, M.C. (1924) A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308–15.
Jones, M.R. and Fennell, R.S.III. (1965) Runway performances in two strains of rats. *Quarterly Journal of the Florida Academy of Sciences*, 28, 289–90.
Jongbloet, P.H. (1971) Month of birth and gametopathy. *Clinica Genetica*, 2, 315–30.
Jordan, P. (1972) A real predicament. *Science*, 175, 977–8.
Jucker, E. (1962) Recent advances in the field of psychotropic drugs. *Journal of Scientific and Industrial Research*, 21A, 415–23.
Jung, C.G. (1910) The association method. *American Journal of Psychology*, 21, 219–69.
Jung, C.G. (1918) *Studies in Word Association*. W. Heinemann, London.
Jung, C.G. (1943) *Über die Psychologie des Unbewussten*. 5th edn., Zurich. (Also published as 'The psychology of the unconscious' (R.F.C. Hull, translator). In Sir H. Read, M. Fordham & G. Adler (eds.) *The*

Introduction to Modern Behaviour Therapy Based on Learning Theory and the Principles of Conditioning. Routledge and Kegan Paul, London.
Humphreys, L.G. (1957) Characteristics of type concepts with special reference to Sheldon's typology. *Psychological Bulletin*, 54, 218–28.
Hunt, J. McV. (1949) The problem of measuring the results of psychotherapy. *Psychological Service Center Journal*, 1, 122
Hunter, I.M.L. (1957) *Memory: Facts and Fallacies*. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.
Husserl, E. (1969) *Cartesian Meditations*. Nyhoff, The Hague.
Hutt, M.L. (1969) *The Hutt Adaptation of the Bender–Gestalt Test*. Grune & Stratton, New York.
Hutt, M.L. and Briskin, G.J. (1960) *The Clinical Use of the Revised Bender–Gestalt Test*. Grune & Stratton, New York.
Huxley, A. (1954) *The Doors of Perception*. Chatto & Windus.
Huxley, A. (1956) *Heaven and Hell*. Chatto & Windus.
Hyler, S.E. and Spitzer, R.L. (1978) Hysteria split asunder. *American Journal of Psychiatry*, 135(12) 1500–4.

Impastato, D.J. and Almansi, R. (1942) The electrofit in the treatment of mental disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 96, 395–409.
Impastato, M.S. and Karliner, W. (1966) Control of memory impairment in EST by unilateral stimulation of the non-dominant hemisphere. *Diseases of the Nervous System*, 27, 182–8.
Impastato, M.S. and Pacella, B.L. (1952) Electrically produced unilateral convulsions. *Diseases of the Nervous System*, 13, 368–9.
Irwin, S. (1968) A rational framework for the development evaluation and use of psychoactive drugs. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1–19.
Irwin, S. and Egozcue, J. (1967) Chromosomal abnormalities in leukocytes from LSD – 25 users. *Science*, 157, 313–14.
Itard, J.N.G. (1932) *The Wild Boy of Aveyron*. Translated by G. & M. Humphrey. Appleton-Century-Crofts, New York.
Ittelson, W.H. (1952) *The Ames Demonstrations in Perception: A Guide to their Construction and Use*. Princeton University Press, Princeton.

Jackson, J.H. (1931) On epilepsy and epileptiform convulsions. In J. Taylor (ed.) *Selected Writings*. Hodder & Stoughton, London.
Jacobs, A., Brunton, M. and Mellville, M.M. (1965) Aggressive behavior, mental subnormality, and the XYY male. *Nature*, 208, 1351–2.
Jacobson, E. (1938) *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, Chicago.
Jahoda, M. (1953) The meaning of psychological health. *Social Casework*, 34, 349–54.
Jahoda, M. (1955) Toward a social psychology of mental health. In A.M. Rose (ed.) *Mental Health and Mental Disorder*. Norton, New York.
Jahoda, M. (1958) *Current Concepts of Positive Mental Health*. Joint Commission of Mental Illness and Health Monograph Series, No.1. Basic Books, New York.

of schizophrenia with nicotinic acid and nicotinamide. *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 18, 131–58.

Hogan, R.A. (1969) Implosively oriented behavior modification: therapy considerations. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 177–83.

Hollingshead, A.B. and Redlich, F.C. (1958) *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. John Wiley, New York.

Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 11, 213.

Holt, R.R. (1967) Diagnostic testing: present status and future prospects. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 144, 444–65.

Holzman, P.S. (1970) *Psychoanalysis and Psychopathology*. McGraw-Hill, New York.

Hordern, A. (1968) Psychopharmacology: some historical considerations. In C.R.B. Joyce (ed.) *Psychopharmacology: Dimensions and Perspectives*. Tavistock, London.

Horney, K. (1937) *Neurotic personality of our time*. W.W. Norton, New York.

Horney, K. (1942) *Self-analysis*. W.W. Norton, New York.

Horney, K. (1945) *Our Inner Conflicts: a Constructive Theory of Neurosis*. W.W. Norton, New York.

Horney, K. (1950) *Neurosis and human growth*. W.W. Norton, New York.

Horney, K. (1967) *Feminine psychology*. W.W. Norton, New York.

Horowitz, M.J., Duff, D.F. and Stratton, L.O. (1964) Body-buffer zone. *Archives of General Psychiatry*, 11, 651–6.

Hovland, C.I. (1940) Experimental studies in rote-learning theory: VI. Comparison of retention following learning to some criterion by massed and distributed practice. *Journal of Experimental Psychology*, 26, 568–87.

Hovland, C.I. and Sears, R.R. (1940) Minor studies of aggression: VI. Correlation of lynchings with economic indices. *Journal of Psychology*, 9, 301–10.

Howells, J.G. (1970) *Nosology of psychiatry*. The Society of Clinical Psychiatrists, Ipswich.

Howells, W.W. (1952) A factorial study of constitutional type. *American Journal of Physical Anthropology*, 10, 91–118.

Howes, D.H. and Solomon, R.L. (1950) A note on McGinnies' 'Emotionality and perceptual defense'. *Psychological Review*, 57, 229–34.

Hull, C.L. (1932) The goal gradient hypothesis and maze learning. *Psychological Review*, 39, 25–43.

Hull, C.L. (1943) *Principles of Behavior*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Hume, D. (1739) *A Treatise of Human Nature*, Book 1. J. Noon, London.

Hume, P.B. (1974) Principles of community mental health practice. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.2: *Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry*. Basic Books, New York.

Humphrey, J. and Rachman, S.J. (1963) Case data. Cited by H.J. Eysenck & S.J. Rachman (1965) *The Causes and Cures of Neurosis: An*

Henderson, D. (1939) *Psychopathic States*. W.W. Norton, New York.
Henderson, D. and Gillespie, R.D. (1969) *A Text-Book of Psychiatry for Students and Practitioners*. 10th edn. Revised by I.R.C. Batchelor. Oxford University Press, London.
Henderson, J.L. (1947) *Thresholds of Initiation*. Wesleyan University Press, Middletown.
Henderson, J.L. and Wheelwright, J.B. (1974) Analytical psychology. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*, Basic Books, New York.
Henry, G.W. (1955) *All the sexes*. Reinhart, New York.
Hesche, J. and Roeder, E. (1976) Electroconvulsive therapy in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 128, 241–5.
Hess, E.H. (1959) Two conditions limiting critical age for imprinting. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 52, 515–18.
Hess, E.H. (1962) Ethology: an approach toward the complete analysis of behavior. In R. Brown, E. Galanter, E.H. Hess & G. Mandler (eds.) *New Directions in Psychology*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
Heston, L.L. (1966) Psychiatric disorders in foster-home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry*, 112, 819–25.
Heston, L.L. (1970) The genetics of schizophrenia and schizoid disease. *Science*, 167, 249–56.
Hicks, R.A., Evans, E.A. and Pellegrini, R.J. (1978) Correlation between handedness and birth order: compilation of five studies. *Perceptual and Motor Skills*, 48, 53–4.
Hilgard, E.R. (1956) *Theories of learning*. Appleton-Century-Crofts. New York.
Hill, D. (1969) *Psychiatry in Medicine*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
Hinkle, L.E.Jr., Redmont, R., Plummer, N. and Wolff, H.G. (1960) An examination of the relation between symptoms, disability, and serious illness, in two homologous groups of men and women. *American Journal of Public Health*, 50(9), 1327–36.
Hinshelwood, R.D. (1968) Schizophrenic birth order: the last-but-one position. *Nature*, 220, 490
Hinshelwood, R.D. (1970) The evidence for a birth order factor in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 117(538), 293–301.
Hobbs, N. (1964) Mental health's third revolution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, 822–33.
Hoffer, A. (1966) The effect of nicotinic acid on the frequency and duration of re-hospitalization of schizophrenic patients; a controlled comparison study. *International Journal of Neuropsychiatry*, 2, 234–40.
Hoffer, A. (1974) *The Blind Double-Blind Studies*. Canadian Schizophrenia Foundation, Regina, Saskatchewan.
Hoffer, A. and Osmond, H. (1964) Treatment of schizophrenia with nicotinic acid: a ten-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 40. 171–89
Hoffer, A., Osmond, H., Callbeck, M.J. and Kahan, I. (1957) Treatment

Hathaway, S.R. and McKinley, J.C. (1943) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual.* The Psychological Corporation, New York.
Havelkova, M. (1968) Follow-up study of 71 children diagnosed as psychotic in pre-school age. *American Journal of Orthopsychiatry*, 38, 846–57.
Hawkins, D. and Pauling, L. (eds.) (1973) *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia.* W.H. Freeman, San Francisco.
Hawks, D. (1975) Community care: an analysis of assumptions. *British Journal of Psychiatry*, 127, 276–85.
Hawley, A.H. (1972) Population density and the city. *Demography*, 9, 521–19.
Head, H. and Holmes, G. (1911) Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34, 102–254.
Heaton, R.K., Carr, J.E. and Hampson, J.L. (1975) A-B therapist characteristics vs. psychotherapy outcome: current status and prospects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 160(4), 299–309.
Hebb, D.O. (1942) The effect of early and late brain injury upon test scores, and the nature of normal adult intelligence. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 85(3), 275–92.
Hebb, D.O. (1949) *The Organization of Behavior.* John Wiley, New York.
Hebb, D.O. (1955) Drives and the C.N.S. (conceptual nervous system). *Psychological Review*, 62, 243–54.
Heber, R. (1959) A manual of terminology and classification in mental retardation. *Monograph Supplement to American Journal of Mental Deficiency*, 64, No.2.
Heber, R. (1961) A manual on terminology and classification in mental retardation, 2nd edn. *Monograph supplement to American Journal of Mental Deficiency.*
Heilbrun, A.B. (1960) Perceptual distortion and schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30. 412–18.
Heilter, J.B. (1973) Preparation of lower-class patients for expressive group psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 251–60.
Heimberg, R.G., Montgomery, D., Madsen, C.H. and Heimberg, J.S. (1977) Assertion training: a review of the literature. *Behavior Therapy*, 8(5), 953–71.
Heinroth, J.C.A. (1818) *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens.* Vogel, Leipzig.
Helmchen, H. (1971) Problems in the use and acceptance of an international glossary to ICD8. Paper presented at the Fifth World Congress of Psychiatry, Mexico City.
Helzer, J.E., Clayton, P.J., Pambakian, R., Reich, T. Woodruff, R.A. and Reveley, M.A. (1977) Reliability of psychiatric diagnoses: II. The test/retest reliability of diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 34, 136–41.
Helzer, J.E., Robins, L.N., Taibleson, M., Woodruff R.A.Jr., Reich, T. and Wish, E.D. (1977) Reliability of psychiatric diagnoses: I. A methodological review. *Archives of General Psychiatry*, 34, 129–33.

action concept in the frustration aggression hypothesis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 204–6.
Hanley, C. (1951) Physique and reputation of junior high school boys. *Child Development*, 22, 247–60.
Harbin, H.T. (1977) Episodic dyscontrol and family dynamics. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1113–16.
Hare, E.H. and Moran, P.A.P. (1979) Raised parental age in psychiatric patients: evidence for the constitutional hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 134, 169–77.
Hare, E.H., Price, J. and Slater, E. (1974) Mental disorder and season of birth. *British Journal of Psychiatry*, 124, 81–6.
Harlow, H.F. (1958) The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673–85.
Harlow, H.F. and Harlow, M.K. (1961) A study of animal affection. *Journal of the American Museum of Natural History*, 70, #10.
Harlow, H.F. and Harlow, M.K. (1962) Social deprivation in monkeys. *Scientific American*, 207(5), 136–46.
Harlow, H.F. and Harlow, M.K. (1969) Effects of various mother–infant relationships on rhesus monkey behaviors. In B.M. Foss (ed.) *Determinants of infant behavior*, IV. Methuen, London.
Harlow, H.F. and Suomi, S.J. (1970) Nature of love – simplified. *American Psychologist*, 25, 161–9.
Harlow, H.F. and Zimmermann, R.R. (1958) The development of affectional responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501–9.
Harlow, H.F. and Zimmermann, R.R. (1959) Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421–30.
Harper, R.G. and Wiens, A.N. (1975) Electroconvulsive therapy and memory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 245–54.
Hartmann, H. (1939) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago* (Also published as 'Ego psychology and the problem of adaptation.' (Translated by David Rapaport.) International Universities Press, Inc., New York. 1958.)
Hartmann, H. (1950) Comments on the psychoanalytic theory of the ego. In H. Hartmann, *Essays on Ego Psychology*. International Universities Press, New York.
Hartmann, H. (1959) Psychoanalysis as a scientific theory. In S. Hook (ed.) *Psychoanalysis: Method and Philosophy; A Symposium*. New York University Press, New York.
Hartmann, H. (1964) *Essays on Ego Psychology: Selected Problems in Psychoanalytic Theory*. International Universities Press, New York.
Hartmann, H., Kris, E. and Loewenstein, R. (1947) Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 11–38.
Hartmann, H., Kris, E. and Loewenstein, R. (1953) The function of theory in psychoanalysis. In R.M. Loewenstein (ed.) *Drives, Affects, Behavior*. International Universities Press, New York.
Hathaway, S.R. and McKinley, J.C. (1940) A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249–54.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd edn. (DSM-II). American Psychiatric Association, Washington, DC.
Guilford, J.P. (1959) *Personality.* McGraw-Hill, New York.
Guillain, G. (19[illegible]) *J.M. Charcot, 1825–1893: His Life – His Work.* Paul B. Hoeber, New York.
Gunderson, E.K. and Rahe, R.H. (1974) *Life stress and illness.* Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
Gurel, L. (1966) Release and community stay criteria in evaluating psychiatric treatment. In P.H. Hoch & J. Zubin (eds.) *Psychopathology of Schizophrenia: Proceedings of the Fifty-Fourth Annual Meeting of the American Psychopathological Association.* Grune & Stratton, New York.
Guthrie, E.R. (1930) Conditioning as a principle of learning. *Psychological Review,* 37, 412–28.
Guthrie, E.R. (1935) *The Psychology of Learning.* Harper, New York.
Guthrie, E.R. (1942) Conditioning: a theory of learning in terms of stimulus, response and association. In National Society for the Study of Education. *The Forty-First Yearbook.* Public School Publishing Co., Bloomington, Ill.

Haak, N. (1957) Comments on the analytical situation. *International Journal of Psychoanalysis,* 38, 183–95.
Haber, R.N. (1966) *Current Research in Motivation.* Holt, Rinehart & Winston, New York.
Hadley, S.W. and Strupp, H.H. (1976) Contemporary views of negative effects in psychotherapy: an integrated account. *Archives of General Psychiatry,* 33, 1291–302.
Hall, C.S. (1954) *A primer of Freudian psychology.* World Publishing, Cleveland.
Hall, C.S. and Lindzey, G. (1957) *Theories of Personality.* John Wiley, New York.
Hall, C.S. and Lindzey, G. (1978) *Theories of Personality.* 3rd edn. John Wiley, New York.
Halliday, A.M., Davison, K., Browne, M.W. and Dreeger, L.C. (1968) A comparision of the effects on depression and memory of bilateral ECT and unilateral ECT to the dominant and non-dominant hemispheres. *British Journal of Psychiatry,* 114, 997–1012.
Halstead, W.C. (1947) *Brain and Intelligence: A Qualitative Study of the Frontal Lobes.* University of Chicago Press, Chicago.
Halstead, W.C. (1951) Biological intelligence. *Journal of Personality,* 20, 118.
Hamilton, M. and White, J.M. (1959) Clinical syndromes in depressive states. *Journal of Mental Science,* 105, 485–98.
Hamilton, V. (1963) Size constancy and cue responsiveness in psychosis. *British Journal of Psychology,* 54, 25–39.
Hammond, W.H. (1957) The constancy of physical types as determined by factorial analysis. *Human Biology,* 29, 40–61.
Haner, C.F. and Brown, P.A. (1955) Clarification of the instigation to

Granger, G.W. (1953) Personality and visual perception: a review. *Journal of Mental Science*, 99, 8–43.
Granger, G.W. (1957) Effect of psychiatric disorder on visual thresholds. *Science*, 125, 500–1.
Granville-Grossman, K.L. (1966) Birth order and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1119–26.
Gray, K.C. and Hutchison, H.C. (1964) The psychopathic personality: a survey of Canadian psychiatrists' opinions. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 9, 452–61.
Green, H. (1964) *I Never Promised You a Rose Garden*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
Greenacre, P. (1941) The predisposition to anxiety. *Psychoanalytic Quarterly*, 10, 66.
Greenacre, P. (1945) The biological economy of birth. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 31–51.
Greenblatt, M. (1977) Efficacy of ECT in affective and schizophrenic illness. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1001–5.
Greenblatt, M., Arnot, R. and Solomon, H.C. (eds.) (1950) *Studies in Lobotomy*. Grune & Stratton, New York.
Greenblatt, M., Grosser, G.H. and Wechsler, H. (1964) Differential response of hospitalized depressed patients to somatic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 120, 935–43.
Greenblatt, M. and Solomon, H.C. (1952) Survey of nine years of lobotomy investigations. *American Journal of Psychiatry*, 109, 262–5.
Greene, R.L. and Clark, J.R. (1970) Adler's theory of birth order. *Psychological Reports*, 26(2), 387–90.
Greenson, R.R. (1959) The classic psychoanalytic approach. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2. Basic Books, New York.
Griffitt, W. and Veitch, R. (1971) Hot and crowded: influences of population density and temperature on interpersonal affective behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 92–8.
Grinker, R.R., Miller, J.B., Sabshin, M., Nunn, R. and Nunnally, J.C. (1961) *The Phenomena of Depressions*. Hoeber, New York.
Gross, H.S., Herbert, M.R., Knatterud, G.L. and Donner, L. (1969) The effect of race and sex on the variation of diagnosis and disposition in a psychiatric emergency room. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 638–42.
Gross, M.B. and Wilson, W.C. (1974) *Minimal Brain Dysfunction*. Brunner/Mazel, New York.
Grossberg, J.M. (1964) Behavior therapy: a review. *Psychological Bulletin*, 62(2), 73–88.
Grossman, H.J. (ed.) (1973) *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation: 1973 Revision*. AAMD Special Publication No.2. American Association on Mental Deficiency, Washington, DC.
Grossman, H.J. (ed.) (1977) *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation: 1977*. American Association on Mental Deficiency, Washington, DC.
Gruenberg, E.M. (1968) Foreword. In American Psychiatric Association,

Goldstein, A. (1973) Behavior therapy. In R. Corsini (ed.) *Current psychotherapies*. F.E. Peacock Publishers, Itasca, Ill.
Goldstein, A.P. (1962) *Therapist Patient Expectancies in Psychotherapy*. Pergamon Press, New York.
Goldstein, K. and Scheerer, M. (1941) Abstract and concrete behavior: an experimental study with special tests. *Psychological Monographs*, 53, #2.
Goldstein, M. (1974) Brain research and violent behavior. *Archives of Neurology*, 30, 1–35.
Goldstone, S. (1955) Flicker fusion measurements and anxiety level. *Journal of Experimental Psychology*, 49, 200–2.
Golla, F.L. (1921) The objective study of neurosis. *Lancet*, 201, 115–22, 215–21, 265–70 & 373–9.
Goltz, F. (1892) Der Hund ohne Grosshirn. *Pflüger's Archive für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere*, 51, 570–614.
Gomez, M.R. (1967) Minimal cerebral dysfunction. *Clinical Pediatrics*, 6, 589–91.
Goodwin, D.W., Crane, J.B. and Guze, S.B. (1969a) Alcoholic blackouts: a review and clinical study of 100 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 126, 191–8.
Goodwin, D.W., Crane, J.B. and Guze, S.B. (1969b) Phenomenological aspects of the alcoholic blackout. *British Journal of Psychiatry*, 115, 1033–8.
Goodwin, D.W., Powell, B., Bremer, D., Hoine, H. and Stern J. (1969c) Alcohol and recall: state-dependent effects in man. *Science*, 163, 1358–60.
Gordon, H.L. (1948) Fifty shock therapy theories. *Military Surgeon*, 103, 397–408.
Gorsuch, A.L. and Butler, M.C. (1976) Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 83, 120–37.
Gottesfeld, H. (1979) *Abnormal Psychology: A Community Mental Health Perspective*. Science Research Associates, Chicago.
Gottlieb, G. and Wilson, I. (1965) Cerebral dominance: temporary disruption of verbal memory by unilateral electro-convulsive shock treatment. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 60, 368–72.
Gottschalk, L.A., Haer, J.L. and Bates, D.E. (1972) Effect of sensory overload on psychological state: changes in social alienation-personal disorganization and cognitive-intellectual impairment. *Archives of General Psychiatry*, 27, 451–7.
Gottschalk, L.A. and Pattison, E.M. (1969) Psychiatric perspectives on T-groups and the laboratory movement: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 823–39.
Gouster, M. (1878) Moral insanity. (Abstract). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 181–2.
Grace, W.J. and Graham, D.T. (1952) Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. *Psychosomatic Medicine*, 14, 243–51.

Gellhorn, E. (1943) *Autonomic Regulations: Their Significance for Physiology, Psychology and Neuropsychiatry.* Interscience, New York.

Gellner, L. (1959) *A Neurophysiological Concept of Mental Retardation and its Educational Implications.* The Dr. Julian D. Levinson Research Foundation for Mentally Retarded Children, Chicago, Ill.

Gendlin, E.T. (1975) The newer therapies. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* 2nd edn. Vol.5: *Treatment.* Basic Books, New York.

Gerard, M.W. (1948) Bronchial asthma in children. In F.G. Alexander & T.M. French (eds.) *Studies in Psychosomatic Medicine: An Approach to the Causes and Treatment of Vegetative Disturbances.* Ronald Press, New York.

Gerard, M.W. (1953) Genesis of psychosomatic symptoms in infancy. In F. Deutsch (ed.) *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis.* International Universities Press, New York.

Gewirtz, J.L. and Baer, D.M. (1958) Deprivation and satiation of social reinforcers as drive conditions. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 57, 165–72.

Gibson, J.J. (1941) A critical review of the concept of set in contemporary experimental psychology. *Psychological Bulletin,* 38, 781–818.

Gillespie, R.D. (1937) Amnesia. *Archives of Neurology and Psychiatry,* 37, 748.

Gillis, A.R. (1974) Population density and social pathology: the case of building type, social allowance and juvenile deliquency. *Social Forces,* 53(2), 306–14.

Glasser, W. (1965) *Reality Therapy.* Harper & Row, New York.

Goffman, E. (1961) *Asylums.* Doubleday, New York.

Golann, S.E. and Eisdorfer, C. (eds.) (1972) *Handbook of Community Mental Health.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Goldberg, S.C. and Mattsson, N. (1967) Symptom changes associated with improvement in schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology,* 31, 175–80.

Goldberg, S.C., Schooler, N. and Mattsson, N. (1967) Paranoid and withdrawal symptoms in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders,* 145, 158–62.

Goldberger, L. (1966) Experimental isolation: an overview. *American Journal of Psychiatry,* 122(7), 774–82.

Goldenberg, H. (1977) *Abnormal Psychology: A Social/Community Approach.* Brooks/Cole, Monterey, California.

Goldfarb, W. (1955) Emotional and intellectual consequences of psychological deprivation in infancy. In P.Hoch & J. Zubin (eds.) *Psychopathology of Childhood.* Grune & Stratton, New York.

Goldfried, M.R. and Merbaum, M. (1973) A perspective on self-control. In M.R. Goldfried & M. Merbaum (eds.) *Behavior Change through Self-Control.* Holt, Rinehart & Winston, New York.

Goldfried, M.R., Stricker, G. and Weiner, I.B. (1971) *Rorschach handbook of clinical and research applications.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Fuller, R.G. (1930) Expectation of hospital life and outcome for mental patients on first admission (Civil State Hospitals, New York). *Psychiatric Quarterly*, 4, 295–323.
Fullinwider, S.P. (1975) Insanity as the loss of self: the moral insanity controversy revisited. *Bulletin of the History of Medicine*, 49(1), 87–101.
Fulton, J.F. and Jacobsen, C.E. (1935) The functions of the frontal lobes: a comparative study in monkeys, chimpanzees, and man. Abstracts of the Second International Neurological Conference: London, 1935.

Gal, P. (1959) Mental disorders of advanced years. *Geriatrics*, 14, 224–8.
Gall, F.J. (1835) *Critical Review of Some Anatomical-Physiological Works, with an Explanation of a New Philosophy of the Moral Qualities and Intellectual Faculties*. Marsh, Capen & Lyon, Boston.
Gall, F.J. and Spurzheim, J.G. (1809) *Recherches sur le système nerveux*. Schoell, Paris.
Gall, F.J. and Spurzheim, J.G. (1810) *Anatomie et Physiologie du Système Nerveux en Général et du Cerveau en Particulier*. Shoell, Paris.
Gallinek, A. (1948) The nature of affective and paranoid disorders during the senium in the light of electric convulsive therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 108, 293–303.
Galton, F. (1879–80) Psychometric experiments. *Brain*, 2, 149–62.
Galton, F. (1883) *Inquiries into Human Faculty and its Development*. Macmillan, London.
Garfield, S.L. (1974) What are the therapeutic variables in psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 372–8.
Garfield, S.L. and Bergin, A.E. (1978) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. 2nd edn. John Wiley, New York.
Garfield, S.L., Prager, R.A. and Bergin, A.E. (1971a) Evaluation of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 307–13.
Garfield, S.L., Prager, R.A. and Bergin, A.E. (1971b) Evaluating outcome in psychotherapy: a hardy perennial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 320–2.
Garma, A. (1950) On the pathogenesis of peptic ulcer. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 53–72.
Garmezy, N. (1978) Never mind the psychologists; is it good for the children? *Clinical Psychologist*, 31(3 & 4), 1,4–6.
Garrett, H.E. (1940) Variability in learning under massed and spaced practice. *Journal of Experimental Psychology*, 26, 547–67.
Gaylin, W.M. (1973) Statement. Congressional Hearings and Committee Prints, #28566, card #1.
Gaylin, W.M., Meister, J.S. and Neville, R.C. (1975) *Operating on the Mind: The Psychosurgery Conflict*. Basic Books, New York.
Gazda, G.M. (1968) Group psychotherapy: its definition and history. In G.M. Gazda (ed.) *Innovations to Group Psychotherapy*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
Gebhard, P.H., Gagnon, J.H., Pomeroy, W.B. and Christenson, C.V. (1965) *Sex Offenders*. Harper & Row, New York.

Sigmund Freud: Vol.XX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1959.)

Freud, S. (1930a) *Die Traumdeutung*. 8th edn. Franz Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'The Interpretation of Dreams'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vols. IV & V. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.)

Freud, S. (1930b) *Das Unbehagen in der Kultur*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna. (Also published as 'Civilization and its discontents'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XXI. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1961.)

Freud, S. (1937) Konstruktionen in der Analyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 23(4), 459–69. (Also published as 'Constructions in analysis'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XXIII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1964.)

Freund, K. (1960) Problems in the Treatment of Homosexuality. In H.J. Eysenck (ed.) *Behaviour Therapy and the Neuroses*. Pergamon, Oxford.

Fried, M. and DeFazio, V.J. (1974) Territoriality and boundary conflicts in the subway. *Psychiatry*, 37, 47–59.

Friedberg, J. (1977) Shock treatment, brain damage and memory loss: a neurological perspective. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1010–4.

Friedman, A.S., Cowitz, B., Cohen, H.W. and Granick, S. (1963) Syndromes and themes of psychotic depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 504–9.

Friedman, H., Becker, R.O. and Bachman, C.H. (1963) Geomagnetic parameters and psychiatric hospital admissions. *Nature*, 200, 626–8.

Friedman, H., Becker, R.O. and Bachman, C.H. (1965) Psychiatric ward behavior and geophysical parameters. *Nature*, 205, 1050–2.

Friedman, J., von Merihg, O. and Hinko, E.N. (1966) Intermittent patienthood: the hospital career of today's mental patient. *Archives of General Psychiatry*, 14, 386.

Friedman, P. (1959) Sexual deviations. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2. Basic Books, New York.

Friedreich, N. (1881) Über koordinierte Erinnerungskrämpfe. *Virchows Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medizin*, 86, 430–4.

Fromm, E. (1941) *Escape From Freedom*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Fromm, E. (1955) *The Sane Society*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Fromm-Reichmann, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263–73.

Frosch, W.A., Robbins, E.S. and Stern, M. (1965) Untoward reactions to lysergic acid diethylamide (LSD) resulting in hospitalization. *New England Journal of Medicine*, 273, 1235–9.

Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol.XV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1963.)

Freud, S. (1917b) Über Triebumsetzungen insbesondere der Analerotik. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago,* 4(3), 125–30. (Also published as 'On transformations of instinct as exemplified in anal erotism'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud:* Vol.XVII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1955.)

Freud, S. (1920) *Jenseits des Lustprinzips.* Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna and Zurich. (Also published as 'Beyond the pleasure principle'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud:* Vol.XVIII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1955.)

Freud, S. (1922) Über einige neurotische Mechanismen wie Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago,* 8(3), 249–58. (Also published as 'Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud:* Vol.XVIII The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis. London. 1955.)

Freud, S. (1923a) *Das Ich und das Es.* Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna & Zurich. (Also published as 'The ego and the id'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud:* Vol.XIX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1961.)

Freud. S. (1923b) Die Infantile Genitalorganisation: Eine Einschaltung in die Sexualtheorie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago,* 9(2), 168–71. (Also published as 'The infantile genital organization: an interpolation into the theory of sexuality'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud:* Vol.XIX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1961.)

Freud. S. (1901, 1924) Zur Psychopathologie des Alltagslebens: Über Vergessen, Versprechen. Vergreifen, Aberglaube und Irrtum. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.* 1901, 10(1), 1–23, 95–143. 10th ed. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna & Zurich, 1924. (Also published as 'The Psychopathology of Everyday Life: Forgetting, Slips of the Tongue, Bungled Actions, Superstitions and Errors'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud:* Vol.VI. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1960.)

Freud. S. (1926) *Hemmung, Symptom und Angst.* Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna & Zurich. (Also published as 'Inhibitions, Symptoms and Anxiety'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of

Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.VII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.)
Freud, S. (1905b) Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 4, 285–310; 5, 408–67. (Also published as 'Fragment of an analysis of a case of hysteria'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.VII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.)
Freud, S. (1907) Zwangshandlungen und Religionsübungen. *Zeitschrift für Religionspsychologie*, 1(1), 4–12. (Also published as 'Obsessive acts and religious practices'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.IX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1959.)
Freud, S. (1908) Charakter und Analerotik. *Psychiatrische–neurologische Wochenschrift*, 9(52), 465–7. (Also published as 'Character and anal erotism'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.IX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1959.)
Freud, S. (1910) *Leonardo da Vinci*. Franz Deuticke, Leipzig & Vienna. (Also published as 'Leonardo da Vinci and a memory of his childhood'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XI. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.)
Freud, S. (1914) Zur Einführung des Narzissmus. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 6, 1–24. (Also published as 'On narcissism: an introduction'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XIV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.)
Freud. S. (1915a) Die Verdrängung. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 3(3), 129–38. (Also published as 'Repression'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XIV. The Hogarth Press, and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.)
Freud, S. (1915b) Das Unbewusste. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 3, 189–203 & 257–69. (Also published as 'The unconscious'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XIV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.)
Freud, S. (1916) *Die Fehlleistungen*. Heller, Leipzig & Vienna. (Also published as 'Introductory lectures on psychoanalysis: Part I: Parapraxes'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1963.)
Freud, S. (1917a) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: Part III. Allgemeine Neurosenlehre*. Heller, Leipzig & Vienna. (Also published as 'Introductory lectures on psychoanalysis: Part III. General theory of the neuroses'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard*

Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)

Freud, S. (1895a) Obsessions et phobies: leur méchanisme psychique et leur étiologie. *Revue Neurologique*, 3(2), 33–8. (Also published as 'Obsessions and phobias: their psychical mechanism and their aetiology'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)

Freud, S. (1895b) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als 'Angstneurose' abzutrennen. *Neurologisches Zentralblatt*, 14(2), 50–66. (Also published as 'On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "Anxiety neurosis".' In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)

Freud, S. (1896a) *Zur Ätiologie der Hysterie*. Wiener Klinische Rundschau, (Also published as 'The Aetiology of Hysteria'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Editon of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.I. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)

Freud, S. (1896b) L'hérédité et l'étiologie des névroses. *Revue Neurologique*, 4(6), 161–9. (Also published as 'Heredity and the aetiology of the neuroses'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.I. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)

Freud, S. (1896c) Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. *Neurologisches Zentralblatt*, 15(10), 434–48. (Also published as 'Further remarks on the neuropsychoses of defence'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)

Freud, S. (1898) *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*. Wiener Klinische Rundschau, vols. 2, 4, 5 & 7. (Also published as 'Sexuality in the aetiology of the neuroses'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.I. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)

Freud, S. (1900) *Die Traumdeutung*. Franz Deuticke, Leipzig & Vienna. (Also published as 'The Interpretation of Dreams'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.IV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.)

Freud, S. (1905a) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'Three essays on the theory of sexuality'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard*

Fowler, R.D.Jr. (1967) Computer interpretation of personality tests: the automated psychologist. *Comprehensive Psychiatry*, 8(6), 455–67.

Fowler, R.D.Jr. (1969) The current status of computer interpretation of psychological tests. *American Journal of Psychiatry*, 125(7), 21–7.

Fraiberg, S. (1959) *The Magic Years*. Charles Scribner, New York.

Franck, I. (1966) The concept of human nature: a philosophical analysis of the concept of human nature in the writings of G.W. Allport, S.E. Asch, Erich Fromm, A.H. Maslow and C.R. Rogers. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland

Frank, J.D. (1961) *Persuasion and Healing*. The Johns Hopkins Press, Baltimore.

Frank, J.D. (1971) Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350–61.

Frank, J.D. and Powdermaker, F.B. (1959) Group psychotherapy. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2: Basic Books, New York.

Franks, C.M. (1970) Alcoholism. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.

Freedman, A.M., Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (1976) *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry/II*. 2nd edn. Williams & Wilkins, Baltimore.

Freedman, J.L., Heshka, S. and Levy, A. (1975) Population density and pathology: is there a relationship? *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 539–52.

Freeman, H. (1978) Mental health and the environment. *British Journal of Psychiatry*, 132, 113–24.

Freeman, W. (1948) Transorbital lobotomy. *Lancet*, 2, 371–3.

Freeman, W. (1953) Level of achievement after lobotomy: a study of one thousand cases. *American Journal of Psychiatry*, 110, 269.

Freeman, W. (1967) Multiple lobotomies. *American Journal of Psychiatry*, 123(11), 1450–2.

Freeman, W. (1971) Frontal lobotomy in early schizophrenia: long follow-up in 415 cases. *British Journal of Psychiatry*, 119, 621–4.

Freeman, W. and Watts, J.W. (1942) *Psychosurgery: Intelligence, Emotion, and Social Behaviour Following Prefrontal Lobotomy for Mental Disorders*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Freeman, W. and Watts, J.W. (1950) *Psychosurgery in the Treatment of Mental Disorders and Intractable Pain*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

French, T.M. and Alexander, F. (1941) Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosomatic Medicine Monographs*, 4, 1–94.

Freud, A. (1946) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Translated by C. Baines. International Universities Press, New York.

Freud, A. and Burlingham, D. (1944) *Infants Without Families*. George Allen & Unwin, London.

Freud, S. (1894) Die Abwehr-Neuropsychosen. *Neurologisches Zentralblatt*, 13(10), 362–4; 13(11), 402–9. (Also published as 'The neuropsychoses of defence'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard*

Feldman, G. (1978) The only child as a separate entity: differences between only females and other first-born females. *Psychological Reports*, 42, 107–10.

Fenton, F.R. (1973) The role of cost-effectiveness analysis in the evaluation of psychiatric services. Paper presented at the Annual Convention of the Canadian Psychiatric Association, Vancouver.

Ferenczi, S. (1926) *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London.

Fernald, G.G. (1912) An achievement capacity test. *Journal of Educational Psychology*, 3, 331–6.

Feshbach, S. (1964) The function of aggression and the regulation of the aggressive drive. *Psychological Review*, 71, 257–72.

Festinger, L. (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, Stanford, California.

Festinger, L. (1964) *Conflict, Decision and Dissonance*. Stanford University Press, Stanford, California.

Fiamberti, A.M. (1937) Proposta di una technica operatoria modificata e semplificata per gli interventi alla Moniz sui lobi prefrontali in malati di mente. *Rassegna di Studi Psychiatrici*, 26, 797.

Fineman, S. (1977) The achievement motive construct and its measurement: where are we now? *British Journal of Psychology*, 68, 1–22.

Fischer-Williams, M., Bickford, R.G. and Whisnant, J.P. (1964) Occipito-parieto-temporal seizure discharge with visual hallucinations and aphasia. *Epilepsia*, 5, 279–92.

Fish, F. (1967) *Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry*. John Wright, Bristol.

Fisher, D.C. (1912) *A Montessori Mother*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Flor-Henry, P. (1969) Schizophrenic-like reactions and affective psychoses associated with temporal lobe epilepsy: etiological factors. *American Journal of Psychiatry*, 126, 148–52.

Foley, J.P. Jr. (1935) The criterion of abnormality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 30, 279–91.

Forer, L.K. (1969) *Birth Order and Life Roles*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Forer, L.K. (1977a) The use of birth order information in psychotherapy. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 105–13.

Forer, L.K. (1977b) Bibliography of birth order literature in the '70's. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 122–41.

Forer, R.B. (1950) A structured sentence completion test. *Journal of Projective Techniques*, 14, 15–29.

Foulds, G.A. (in collaboration with Caine, T.M., and with the assistance of Adams, A. and Owen, A.) (1965) *Personality and Personal Illness*. Tavistock, London.

Foulkes, S.H. and Anthony, E.J. (1965) *Group Psychotherapy*. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.

Erikson, E.H. (1964) *Insight and Responsibility*. Norton, New York.
Erikson, E.H. (1968) *Identity: Youth and Crisis*. Norton, New York.
Erikson, E.H. (1974) *Dimensions of a New Identity*. Norton, New York.
Eron, L.D. (1959) Review of the Thematic Apperception Test. In O.K. Buros (ed.) *Fifth Mental Measurements Yearbook*. The Gryphon Press, New Jersey.
Essen-Moller, E. (1971) Suggestions for further improvement of the international classification of mental disorders. *Psychological Medicine*, 1, 308–11.
Evans, D.R. (1970) Exhibitionism. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.
Eysenck, H.J. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–25.
Eysenck, H.J. (1960) Learning theory and behaviour therapy. In H.J. Eysenck (ed.) *Behaviour Therapy and the Neuroses: Readings in Modern Methods of Treatment Derived from Learning Theory*. Pergamon Press, Oxford.
Eysenck, H.J. (ed.) (1961a) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
Eysenck, H.J. (1961b) Classification and the problem of diagnosis. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: an Experimental Approach*. Basic Books, New York.
Eysenck, H.J. (1961c) The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
Eysenck, H.J. (1964) *Crime and Personality*. Houghton Mifflin, Boston.
Eysenck, H.J. (1966) Personality and experimental psychology. *Bulletin of the British Psychological Society*, 19(62), 1–28.
Eysenck, H.J. (1967a) New ways in psychotherapy. *Psychology Today*, 1, 39–47.
Eysenck, H.J. (1967b) *The Biological Basis of Personality*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
Eysenck, H.J. (1973) *The Inequality of Man*. Maurice Temple Smith, London.
Eysenck, H.J. (1975) *The Inequality of Man*. Edits Publishers, San Diego.
Eysenck, H.J. and Rachman, S.J. (1965) *The Causes and Cures of Neurosis*. Routledge & Kegan Paul, London.

Falbo, T. (1977) The only child: a review. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 47–61.
Farina, A., Barry, H. and Garmezy, Y.N. (1963) Birth order of recovered and non-recovered schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 9, 224–8.
Farley, F.H. (1975) Birth order and a two-dimensional assessment of personality. *Journal of Personality Assessment*, 39, 151–9.
Feighner, J.P., Robbins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A.Jr., Winokur, G. and Munoz, R. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57–63.

Eisenberg, L. (1957) The psychiatric implications of brain damage in children. *Psychiatric Quarterly*, 31, 71–92.
Eisenberg, P. and Lazarsfeld, P.F. (1938) The psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin*, 35, 358–90.
Ekman, G. (1951) On typological and dimensional systems of reference in describing personality. *Acta Psychologica*, 8, 1–24.
Ekman, P. and Friesen, W.V. (1969) Nonverbal leakage and clues to deception. *Psychiatry*, 32(1), 88–106.
Ekman, P. and Friesen, W.V. (1974) Nonverbal behavior and psychopathology. In R.J. Friedman & M.M. Katz (eds.) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Winston & Sons, Washington, DC.
Ellenberger, H.F. (1974) Psychiatry from ancient to modern times. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
Ellis, A. (1958) Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35–49.
Ellis, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New York.
Ellis, A. (1967) Goals of psychotherapy. In A.R. Mahrer (ed.) *The Goals of Psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York.
Ellis, A. (1977) The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy. In Ellis, A. and Grieger, R. (eds.) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Basic Books, New York.
Ellis, A. and Grieger, R. (eds.) (1977) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Basic Books, New York.
Ennis, B.J. and Litwack, T.R. (1974) Psychiatry and the presumption of expertise: flipping coins in the courtroom. *California Law Review*, 62, 693–752.
Enoch, M.D. (1963) The Capgras syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 39, 437–62.
Erickson, R.C. (1972) Outcome studies in mental hospitals: a search for criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39(1), 75–7.
Eriksen, C.W. (1951) Perceptual defense as a function of unacceptable needs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 557–64.
Eriksen, C.W. (1956) Subception: fact or artifact? *Psychological Review*, 63, 74–80.
Eriksen, C.W. (1957) Prediction from and interaction among multiple concurrent discriminative responses. *Journal of Experimental Psychology*, 53, 353–9.
Eriksen, C.W. (1958) Unconscious processes. In M.R. Jones (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation: 1958*. University of Nebraska Press, Lincoln.
Eriksen, C.W. (1960) Discrimination and learning without awareness: a methodological survey and evaluation. *Psychological Review*, 67, 279–300.
Eriksen, C.W. and Lazarus, R.S. (1952) Perceptual defense and projective tests. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 302–8.
Erikson, E.H. (1950) *Childhood and Society*. Norton, New York.

Duffy, E. (1941b) The conceptual categories of psychology: a suggestion for revision. *Psychological Review*, 48, 177–203.
Duffy, E. (1948) Leeper's 'motivational theory of emotion'. *Psychological Review*, 55, 324–8.
Dunbar, F. (1943) *Psychosomatic Diagnoses*. Hoeber-Harper, New York.
Dunbar, F. (1955) *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*. Random House, New York.
Dunham, H.W. (1965) Community psychiatry: the newest therapeutic bandwagon. *Archives of General Psychiatry*, 12, 303–13.
Dunham, H.W. (1976) Society, culture and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 33, 147–56.
Dunlap, K. (1928) A revision of the fundamental law of habit formation. *Science*, 67, 360–2.
Dunlap, K. (1930) Repetition in the breaking of habits. *Science Monitor*, 30, 66–70.
Dunlap, K. (1932) *Habits: Their Making and Unmaking*. Liveright, New York.
Dunnette, M.D. (1966) Fads, fashions, and folderol in psychology. *American Psychologist*, 21(4), 343–52.
Durkheim, E. (1897) *Le Suicide*. Presses Universitaires de France, Paris.

Easterbrook, J.A. (1959) The effect of emotion on cue utilization and the organization of behaviour. *Psychological Review*, 66, 183–201.
Easterbrook, J.A. and Costello, C.G. (1970) Disorders of attention and concentration. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.
Eastham, K., Coates, D. and Allodi, F. (1970) The concept of crisis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 15, 463–72.
Easton, N.L. and Sommers, J. (1942) The significance of vertebral fractures as a complication of metrazol therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 538–43.
Ebaugh, F.G. and Tiffany, W.J.Jr. (1959) Infective-exhaustive psychoses. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2. Basic Books, New York.
Ebbinghaus, H. (1885) *Memory*. (Translation by H.A. Ruger & C.E. Bussenius, published by Teachers College, New York, 1913.)
Edmonson, B. (1963) Let's do more than look: let's research Montessori. *Journal of Nursery Education*, 19(1), 36–41.
Edwards, A.L. (1953) *Manual for Edwards Personal Preference Schedule*. Psychological Corporation, New York.
Egan, G. (1970) *Encounter: Group Processes for Interpersonal Growth*. Brooks/Cole Publishing, Monterey, California.
Egan, G. (1971) *Encounter Groups: Basic Readings*. Wadsworth, California.
Eglash, A. (1951) Perception, association, and reasoning in animal fixations. *Psychological Review*, 58, 424–34.
Eiduson, B.T., Eiduson, S. and Geller, E. (1962) Biochemistry, genetics, and the nature–nurture problem. *American Journal of Psychiatry*, 119, 342–50.

Department of Health and Social Security (1975) *Better services for the mentally ill.* Command 6233. Her Majesty's Stationery Office, London.
Detre, T.P. and Jarecki, H.G. (1971) *Modern Psychiatric Treatment.* Lippincott, Philadelphia.
Deutsch, F. (1922) Psychoanalyse und Organkrankheiten. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 8, 290
Devlin, P. (1965) *The Enforcement of Morals.* Oxford University Press, London.
DeVoge, J.T. and Beck, S. (1978) The therapist–client relationship in behavior therapy. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.) *Progress in Behavior Modification*, vol.6. Academic Press, New York.
Dies, R.R. (1968) Electroconvulsive therapy: a social learning theory interpretation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 146(4), 334–42.
Digon, E. and Bock, H. (1966) Suicides and climatology. *Archives of Environmental Health*, 12, 279–86.
Dishotsky, N.I., Loughman, W.D., Mogar, R.E. and Lipscomb W.R. (1971) LSD and genetic damage: is LSD chromosome damaging, carcinogenic, mutagenic, or teratogenic? *Science*, 172(3982), 431–40.
Dixon, N.F. (1958) Apparent changes in the visual threshold as a function of subliminal stimulation: a preliminary report. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 10, 211–19.
Dohrenwend, B.P. and Dohrenwend, B.S. (1965) The problem of validity in field studies of psychological disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 52–69.
Dohrenwend, B.P. and Dohrenwend, B.S. (1967) Field studies of social factors in relation to three types of psychological disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 72, 369–78.
Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. and Sears, R.R. (1939) *Frustration and Aggression.* Yale University Press, New Haven.
Dollard, J. and Miller, N.E. (1950) *Personality and Psychotherapy.* McGraw-Hill, New York.
Donnelly, J. (1978) The incidence of psychosurgery in the United States, 1971–3. *American Journal of Psychiatry*, 135(12), 1476–80.
Down, J.L.H. (1866) Observations on an ethnic classification of idiots. *Reports of Obstetrics London Hospital*, 3, 259–62.
Downey, J.E. (1923) *Will-Temperament Tests and Manuals.* World Book, Yonkers.
Draguns, J.G. and Phillips, L. (1971) *Psychiatric Classification and Diagnosis: An Overview and Critique.* General Learning Press, New York.
Draguns, J.G. and Phillips, L. (1972) *Culture and Psychopathology: The Quest for a Relationship.* General Learning Press, Morristown, N.J.
Drellich, M.G. (1974) Classical psychoanalytic school: A. The theory of the neuroses. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry.* Basic Books, New York.
Duffy, E. (1934) Emotion: an example of the need for reorientation in psychology. *Psychological Review*, 41, 184–98.
Duffy, E. (1941a) An explanation of 'emotional' phenomena without the use of the concept 'emotion'. *Journal of General Psychology*, 25, 283–93.

Curran, D. and Partridge, M. (1957) *Psychological Medicine: A Short Introduction to Psychiatry.* E. & S. Livingstone, Edinburgh.
Cutler, R. (1958) Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 349–56.

Dahlstrom, W.G. and Welsh, G.S. (1960) *An MMPI Handbook: A Guide to Clinical Practice and Research.* University of Minnesota Press, Minneapolis.
Danaher, B.G. (1974) Theoretical foundations and clinical applications of the Premack Principle: review and critique. *Behavior Therapy*, 5, 307–24.
Darwin, C. (1859) *The Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life.* John Murray, London. (Sixth edition with additions and corrections, 1872.)
D'Augelli, A.R. and Chinsky, J.M. (1974) Interpersonal skills and pretraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 65–72.
Davidson, M.A., McInnes, R.C. and Parnell, R.W. (1957) The distribution of personality traits in seven-year-old children: a combined psychological, psychiatric, and somatotype study. *British Journal of Educational Psychology*, 27, 48–61.
Davis, J.B., Assistant Director, Health Division, Statistics Canada (1979) Personal communication, 24 July.
Davis, J.M. (1976) Overview: maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1–13.
Davis, J.M. and Cole. J.O. (1975) Antipsychotic drugs. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* 2nd edn. vol.5: *Treatment.* Basic Books, New York.
Davis, R.C. (1957) Response patterns. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 19, 731–9.
DeHirsch, K., Jansky, J. and Langford, W.S. (1966) Comparisons between prematurely and maturely born children at three age levels. *American Journal of Orthopsychiatry*, 36(4), 616–28.
DeHoyos, A. and DeHoyos, G. (1965) Symptomatology differentials between Negro and White schizophrenics. *International Journal of Social Psychiatry*, 11, 245–55.
de la Torre, J. (1973) Discussion of Lipsius' 'Judgments of Alternatives to Hospitalization'. *American Journal of Psychiatry*, 130, 895–6.
Delay, J. and Deniker, P. (1961) *Méthodes Chimiothérapiques en Psychiatrie.* Masson & Cie, Paris.
D'Elia, G. and Raotma, H. (1975) Is unilateral ECT less effective than bilateral ECT? *British Journal of Psychiatry*, 126, 83–9.
Denner, B. and Price, R. (1973) *Community Mental Health: Social Action and Reaction.* Holt, Rinehart & Winston, New York.
Department of Health and Social Security (1971) *Hospital Services for the Mentally Ill.* Hospital Memo 97. Her Majesty's Stationery Office, London.
Department of Health and Social Security (1974) *Providing a comprehensive district psychiatric service for the adult mentally ill.* DHSS Reports on Health and Social Subjects No.8. Her Majesty's Stationery Office, London.

Coles, E.M. and Cooke, D.J. (1978) Lunacy: the relation of lunar phases to mental ill-health. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23, 149–52.
Colonna, A. and Faglioni, P. (1966) The performance of hemisphere-damaged patients on spatial intelligence tests. *Cortex*, 2, 293–307.
Combs, A.W. and Snygg, D. (1959) *Individual Behavior.* Harper & Row, New York.
Comroe, B.I. (1936) Follow-up study of 100 patients diagnosed as 'neurosis'. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 83, 679.
Cook, T.W. (1944) Factors in massed and distributed practice. *Journal of Experimental Psychology*, 34, 325–34.
Cooke, D.J. and Coles, E.M. (1978) The concept of lunacy: a review. *Psychological Reports*, 42, 891–7.
Coons, W.H. (1968) Psychology and society. *Canadian Psychologist*, 9(3), 307–20.
Cooper, D. (1967) *Psychiatry and Anti-Psychiatry.* Tavistock, London.
Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J., Sharpe, L. Copeland, J.R.M. and Simon, R. (1972) *Psychiatric Diagnosis in New York and London* (US–UK Diagnostic Project). Oxford University Press, London.
Corsini, R.J. (1978) *Readings in Current Personality Theories.* F.E. Peacock, Itasca, Illinois.
Costello, C.G. (1972) Depression: loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness. *Behavior Therapy*, 3, 240–7.
Costello, C.G. (1976) Electroconvulsive therapy: is further investigation necessary? *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 61-7.
Costello, C.G., Belton, G.P., Abra, J.C. and Dunn, B.E. (1970) The amnesic and therapeutic effects of bilateral and unilateral ECT. *British Journal of Psychiatry*, 116, 69–78.
Craft, M. (1966) *Psychopathic Disorders and Their Assessment.* Pergamon Press, New York.
Creese, I., Burt, D.R. and Snyder, S.H. (1978) Biochemical actions of neuroleptic drugs: focus on the dopamine receptor. In S.D.Iverson & S.H.Snyder (eds.) *Handbook of Psychopharmacology*, vol.10. Plenum, New York.
Crisswell, J.H. (1967) Considerations on the permanence of rehabilitation. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
Croake, J.W. and Olson, T.D. (1977) Family constellation and personality. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 9–17.
Cronholm, B. (1951) Phantom limbs in amputees: a study of changes in the integration of centripetal impulses with special reference to referred sensations. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Supplementum* 72.
Cronholm, B. and Ottosson, J.-O. (1963) The experience of memory function after electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 109, 251–8.
Cullen, W. (1769) *System of Nosology.* (Original published in Latin. English translation by Lewis E. Stockbridge, published by C. Sturtevant, 1807.)
Cullen, W. (1776) *Synopsis nosologiae methodicae.* C. Elliott, Edinburgh.

Cleckley, H.M., Sydenstricker, V.P. and Geeslin, L.E. (1939) Nicotinic acid in the treatment of atypical psychotic states associated with malnutrition. *Journal of the American Medical Association*, 112(21), 2107–10.

Clements, S.D. (1966) *Minimal Brain Dysfunction in Children*. PHS Publication #1415. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.

Clements, S.D. and Peters, J.E. (1962) Minimal brain dysfunctions in the school-age child. *Archives of General Psychiatry*, 6, 185–97.

Clum, G.A. and Clum, M.J. (1970) Sibling position as a factor in psychiatric illness and prognosis in a military population. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 271–4.

Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–14.

Cochrane, R. (1971) High blood pressure as a psychosomatic disorder: a selective review. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 61–72.

Cofer, C.N. and Appley, M.H. (1964) *Motivation: Theory and Research*. John Wiley, New York.

Cohen, M.M., Marinello, M. and Back, N. (1967) Chromosomal damage in human leukocytes, induced by lysergic acid diethylamide. *Science*, 155, 1417–19.

Cohen, S. (1960) Lysergic acid diethylamide: side-effects and complications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 130, 30–9.

Cohen, S. (1966) A classification of LSD complications. *Psychosomatics*, 7, 182–6.

Colby, K.M. (1951) *A Primer for Psychotherapists*. Ronald Press, New York.

Cole, J.O. and Davis, J.M. (1975) Antianxiety drugs. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.

Cole, J.O., Klerman, G.L. and Goldberg, S.C. (1964) Phenothiazine treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 10, 246–61.

Coleman, J.C. (1964) Abnormal Psychology and Modern Life. 3rd edn. Scott, Foresman, Glenview.

Coleman, J.C. (1973) Life stress and maladaptive behavior. *American Journal of Occupational Therapy*, 27(4), 169–80.

Coleman, J.C., Butcher, J.N. and Carson, R.C. (1980) *Abnormal Psychology and Modern Life*. 6th edn. Scott, Foresman, Glenview.

Coleman, S.M. (1933) Misidentification and nonrecognition. *Journal of Mental Science*, 79, 42.

Coles, E.M. (1967) Comment on Wagner's conception of Capgras' syndrome. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 31(3), 71–2.

Coles, E.M. (1974) The holy trinity of the mental health professions. *Canada's Mental Health*, 22(4), 7–9.

Coles, E.M. (1975) The meaning and measurement of mental health. *Bulletin of the British Psychological Society*, 28, 111–13.

Child, I.L. (1950) The relation of somatotype to self-rating on Sheldon's temperamental traits. *Journal of Personality*, 18, 440–53.
Child, I.L. and Waterhouse, I.K. (1952) Frustration and the quality of performance: I. A critique of the Barker, Dembo and Lewin experiment. *Psychological Bulletin*, 59, 351–62.
Child, I.L. and Waterhouse, I.K. (1953) Frustration and the quality of performance: II. A theoretical statement. *Psychological Review*, 60, 127–39.
Chodoff, P. (1966) A critique of Freud's theory of infantile sexuality. *American Journal of Psychiatry*, 123(5), 507–18.
Chodoff, P. (1973) Changing styles in the neuroses. In J.L. Schimel, L. Salzman, P. Chodoff, R.R. Grinker Sr. & O.A. Will Jr. Changing styles in psychiatric syndromes: a symposium. *American Journal of Psychiatry*, 130(2), 146–55.
Chombard de Lauwe, P. and Chombard de Lauwe, M. (1959) *Famille et habitation*. Centre National de la Recherche Scientifique, Paris.
Chorover, S.L. (1974) Big brother and psychotechnology: II. The pacification of the brain. *Psychology Today*, 7(12), 59–69.
Christian, J.J. (1959) The roles of endocrine and behavioral factors in the growth of mammalian populations. In A. Gorbman (ed.) *Comparative Endocrinology: Proceedings of the Columbia University Symposium*. John Wiley, New York.
Christian, J.J., Flyger, V. and Davis, D.E. (1960) Factors in mass mortality in a herd of sika deer, Cervus nippon. *Chesapeake Science*, 1, 79–95.
Chrzanowski, G. (1974) Neurasthenia and hypochondriasis. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
Clapp, C.D. (1951) Two levels of unconscious awareness. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan.
Clark, A.M. (1978) Personal communication.
Clark, D.H. (1977) The therapeutic community. *British Journal of Psychiatry*, 131, 553–64.
Clark, W. (1966) Operational definitions of drinking problems and associated prevalence rates. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 648–68.
Clark, W C. (1966) The psyche in psychophysics: a sensory-decision theory analysis of the effect of instructions on flicker sensitivity and response bias. *Psychological Bulletin*, 65, 358–66.
Clark, W.C., Brown, J.C. and Rutschmann, J. (1967) Flicker sensitivity and response bias in psychiatric patients and normal subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 35–42.
Clausen, J.A. (1956) *Sociology and the Field of Mental Health*. Russell Sage Foundation, New York.
Cleckley, H. (1941) *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify some Issues about the So-called Psychopathic Personality*. C.V. Mosby, St. Louis.
Cleckley, H.M. (1959) Psychopathic states. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.1. Basic Books, New York.

haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacologica et Toxicologica*, 20, 140–4.

Carpenter, B., Weiner, M. and Carpenter, J.T. (1956) Predictability of perceptual defense behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 380–3.

Carr, A.T. (1970) A psychophysiological study of ritual behaviours and decision processes in compulsive neurosis. Unpublished doctoral dissertation, University of Birmingham, England.

Carr, A.T. (1971) Compulsive neurosis: two psychophysiological studies. *Bulletin of the British Psychological Society*, 24, 256–7.

Carr, A.T. (1974) Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311–18.

Carr, E.G. (1977) The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800–16.

Carson, R.C. (1958) The status of diagnostic testing. *American Psychologist*, 13, 79.

Cartwright, R.D. and Vogel, J.L. (1960) A comparison of changes in psychoneurotic patients during matched periods of therapy and no therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 121–7.

Cattell, R.B. (1940) The description of personality: I. Foundations of trait measurement. *Psychological Review*, 50, 559–94.

Cattell, R.B. (1957) *Personality and Motivation Structure and Measurement*. World Book, New York.

Cattell, R.B. and Scheier, I.H. (1958) The nature of anxiety: a review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4, 351–88.

Cattell, R.B. and Scheier, I.H. (1961) *The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety*. Ronald Press, New York.

Centerwall, W.R. and Centerwall, S.A. (1961) Phenylketonuria (Folling's disease): the story of its discovery. *Journal of the History of Medicine*, 16, 292–6.

Cerbus, G. (1970) Seasonal variation in some mental health statistics: suicides, homicides, psychiatric admissions and institutional placement of the retarded. *Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 61–3.

Cerletti, U. and Bini, L. (1938) L'Elettroshock. *Archivo di Psicologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia*, 19, 266–7.

Chapanis, A. (1967) The relevance of laboratory studies to practical situations. *Ergonomics*, 10(5), 557–77.

Chapman, L.J., Chapman, J.P. and Raulin, M.L. (1976) Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 85, 374–82.

Chassan, J.B. (1967) *Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Chertok, L. (1967) Theory of hypnosis since 1889. *International Journal of Psychiatry*, 3(3), 188–211.

Chess, S. (1960) Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379–85.

Cahoon, D.D. (1968) Symptom substitution and the behavior therapies: a reappraisal. *Psychological Bulletin*, 69, 149–56.

Calhoun, J.B. (1962) Population density and social pathology. *Scientific American*, 206(2), 139–48.

Calhoun, J.F. (co-ordinating author) (1977) *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. 2nd edn. Random House, New York.

Calkins, M.W. (1909) *A First Book in Psychology*. Macmillan, New York.

Calkins, M.W. (1915) The self in scientific psychology. *American Journal of Psychology*, 26, 495–524.

Calkins, M.W. (1916) The self in recent psychology. *Psychological Bulletin*, 13, 20–7.

Calkins, M.W. (1919) The self in recent psychology. *Psychological Bulletin*, 16, 111–19.

Calkins, M.W. (1927) The self in recent psychology. *Psychological Bulletin*, 24, 205–15.

Callwood, J. (1975) Excerpts from a talk given to school counsellors. CHQM Radio, Vancouver, 8 August.

Campbell, D.E. and Beets, J. (1978) Lunacy and the moon. *Psychological Bulletin*, 85, 1123–9.

Cannicott, S.M. (1962) Unilateral electroconvulsive therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 38, 451–9.

Cannicott, S.M. (1963) The technique of unilateral electroconvulsive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 120, 477–80.

Cannicott, S.M. and Waggoner, R.W. (1967) Unilateral and bilateral electroconvulsive therapy: a comparative study. *Archives of General Psychiatry*, 16, 229–32.

Cannon, W.B. (1927) The James–Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106–24.

Cannon, W.B. (1929) *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Cantril, H. (1967) Sentio, ergo sum: 'motivation' reconsidered. *Journal of Psychology*, 65, 91–107.

Cantril, H. and Livingston, W.K. (1963) The concept of transaction in psychology and neurology. *Journal of Individual Psychology*, 19, 3–16.

Capgras, J. and Carrette, P. (1924) Illusions des sosies et complexe d'Oedipe. *Annales Médico-Psychologiques*, 82, 48.

Capgras, J. and Reboul-Lachaux, J. (1923) Illusion des sosies dans un délire systématique chronique. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, 11, 6.

Caplan, G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York.

Caputo, D. and Mandell, W. (1970) Consequences of low birth weight *Developmental Psychology*, 3, 363–83.

Carlson, R. (1971) Where is the person in personality research? *Psychological Bulletin*, 75(3), 203–19.

Carlsson, A. and Lindqvist, M. (1963) Effect of chlorpromazine or

Broverman, I., Broverman, D., Clarkson, F., Rosenkrantz, P. and Vogel, S. (1970) Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1–7.

Brown, M.H. (1972a) Quoted in the *National Enquirer*, 9 July, and cited by E.S. Valenstein, *Brain Control: A Critical Examination of Brain Stimulation and Psychosurgery*. John Wiley, New York. 1973.

Brown, M.H. (1972b) Further experience with multiple limbic lesions for schizophrenia and sociopathic aggression. Paper presented at the Third World Congress of Psychiatry, Cambridge, England, 14–19 August.

Brozek, J. (1978) Nutrition, malnutrition, and behavior. *Annual Review of Psychology*, 29, 157–77.

Bruck, M.A. (1950) Do we need the concept of 'guilt feelings'? *Individual Psychology Bulletin*, 8, 44–8.

Bruner, J.S., Goodnow, J.J. and Austin, G.A. (1956) *A Study of Thinking*. John Wiley, New York.

Bruner, J.S. and Postman, L. (1947a) Tension and tension release as organizing factors in perception. *Journal of Personality*, 15, 300–8.

Bruner, J.S. and Postman, L. (1947b) Emotional selectivity in perception and reaction. *Journal of Personality*, 16, 69–77.

Buckley, P., Karasu, T.B. and Charles. E. (1979) Common mistakes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 136(12), 1578–80.

Bugelski, B.R. (1973) *An Introduction to the Principles of Psychology*. 2nd edn. Bobbs-Merrill, New York.

Buhler, R.A. (1954) Flicker fusion threshold and anxiety level. Unpublished Ph.D. dissertation, Columbia University.

Burckhardt, G. (1890) Über Rindenexcisionen als Beitrag zur Operationstherapie der Psychosen. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 74, 463.

Burdock, E.I. and Hardesty, A.S. (1968) *Structured Clinical Interview*. Springer, New York.

Burgess, R.L. and Akers, R.L. (1966) Are operant principles tautological? *Psychological Record*, 16, 305–12.

Burt, C. (1941) Is the doctrine of instincts dead? A symposium: I. The case for human instincts. *British Journal of Educational Psychology*, 11, 155–72.

Buss, A. (1966) *Psychopathology*. John Wiley, New York.

Butcher, J.N. and Owen, P.L. (1978) Objective personality inventories: recent research and some contemporary issues. In B.B. Wolman (ed.) *Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook*. Plenum Press, New York.

Butler, J.M. and Haigh, G.V. (1954) Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered therapy. In C.R. Rogers and R.F. Dymond (eds.) *Psychotherapy and Personality Change*. University of Chicago Press, Chicago.

Cade, J.F.J. (1949) Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Medical Journal of Australia*, 2, 349–52.

of severely crippling mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 115, 343–5.

Brady, J.V. (1958) Ulcers in 'executive' monkeys. *Scientific American*, 199(October), 85–100.

Braginsky, B.M., Braginsky, O.D. and Ring, K. (1969) *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Brannon, E.P. and Graham, W.L. (1955) Intensive insulin shock therapy: a five year survey. *American Journal of Psychiatry*, 11, 659–63.

Brawley, P. and Pos, R. (1967) The informational underload (sensory deprivation) model in contemporary psychiatry. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12, 105–24.

Breger, L. and McGaugh, J.L. (1965) Critique and reformulation of 'learning theory' approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin*, 63, 338–58.

Brenman, M. (1952) On teasing and being teased and the problem of 'moral masochism'. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 264–85.

Breuer, J. and Freud, S. (1893) Über den Psychischen Mechanismus Hysterischer Phänomene (Vorläufige Mitteilung). *Neurologisches Centralblatt*, 12(1), 4–10; 12(2), 43–7.

Breuer, J. and Freud, S. (1895) *Studien Über Hysterie*. Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'Studies on hysteria'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol.II. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1955.)

Brewer, W.F. (1974) There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. In W.B. Weiner & D.S. Palermo (eds.) *Cognition and the Symbolic Processes*. Halsted Press, New York.

Bridges, P.K. and Bartlett, J.R. (1977) Psychosurgery: yesterday and today. *British Journal of Psychiatry*, 131, 249–60.

Brill, H. (1974) Classification and nomenclature of psychiatric conditions. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.

Brill, N.Q., Crumpton, E., Eiduson, S., Grayson, H.M. Hellman, L.I. and Richards, P.A. (1959) Relative effectiveness of various components of electroconvulsive therapy. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 81, 627–35.

Bronner, A.F. (1914) *Comparative Study of the Intelligence of Delinquent Girls*. Teachers College Contributions to Education, No.65. Teachers College, New York.

Brooks, R. and Kleinmuntz, B. (1974) Design of an intelligent computer psychodiagnostician. *Behavioral Science*, 19, 16–22.

Brothwood, J. (1973) The development of national policy. In R. Cawley & G. McLachlan (eds.) *Policy for Action*. Oxford University Press, London.

Brouwer, D. (1957) Somatotypes and psychosomatic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 23–34.

Bobath, B. (1967) Very early treatment of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 9, 372–90.

Bockner, S. (1959) Gilles de la Tourette's disease. *Journal of Mental Science*, 105, 1078–81.

Bohn, M.J.Jr. (1965) Counselor behavior as a function of counselor dominance, counselor experience, and client types. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 346–52.

Bolton, J.S. (1914) *The Brain in Health and Disease*. Edward Arnold, London.

Bond, I.K. and Evans, D.R. (1967) Avoidance therapy: its use in two cases of underwear fetishism. *Canadian Medical Association Journal*, 96, 1160–2.

Bookbinder, L.J. (1962) Simple conditioning vs. the dynamic approach to symptoms and symptom substitution: A reply to Yates. *Psychological Reports*, 10, 71–7.

Bootzin, R.R. (co-ordinating author) (1980) *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. 3rd edn. Random House, New York.

Borgatta, E.F. (1954) Sidesteps toward a nonspecial theory. *Psychological Review*, 61(5), 343–52.

Borgatta, E.F. (1960) The new principle of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 330–4.

Boring, E.G. (1942) *Sensation in the History of Experimental Psychology*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Bornstein, B. (1951) *On Latency*. Psychoanalytic Study of the Child, vol.6. International Universities Press, New York.

Bowlby, J. (1944) *Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home Life*. Bailliere, Tindall & Cox, London.

Bowlby, J. (1951) *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization, Geneva.

Bowlby, J. (1953) *Child Care and the Growth of Love*. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.

Bowlby, J. (1967) Effects on behaviour of disruption of an affectional bond. Paper read at a Symposium organized by the Eugenics Society on Genetic and Environmental Influences on Behaviour.

Bowlby, J. (1968) Effects on behaviour of disruption of an affectional bond. In A.S. Parkes (ed.) *Genetic and Environmental Influences on Behaviour*. Oliver & Boyd, Edinburgh.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss*. Vol.I: *Attachment*. The Hogarth Press, London.

Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss*. Vol.II: *Separation Anxiety and Anger*. The Hogarth Press, London.

Bowlby, J. (1975) Attachment theory, separation anxiety and mourning. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.6: *New Psychiatric Frontiers*. Basic Books, New York.

Bowlby, J. (1977) The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201–10, 421–31.

Bradley, M. and Lucero, R. (1958) Seasonal variations in the incidence

Berkowitz, L. (1962) *Aggression: A Social Psychological Analysis.* McGraw-Hill, New York.
Berliner, B. (1947) On some psychodynamics of masochism. *Psychoanalytic Quarterly,* 16, 459–71.
Berlyne, D.E. (1951) Attention, perception and behavior theory. *Psychological Review,* 58, 137–46.
Berlyne, D.E. (1960) *Conflict, Arousal and Curiosity.* McGraw-Hill, New York.
Berrington, W.P., Liddell, D.W. and Foulds, G.A. (1956) A re-evaluation of the fugue. *Journal of Mental Science,* 102(427), 280–6.
Bettelheim, B. (1943) Individual and mass behaviour in extreme situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 38, 417–52.
Bexton, W.H., Heron, W. and Scott, T.H. (1954) Effects of decreased variation in the sensory environment. *Canadian Journal of Psychology,* 8(2), 70–6.
Bieber, I. (1959) Sadism and masochism. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry,* vol.3. Basic Books, New York.
Bindra, D. (1959) *Motivation: A Systematic Reinterpretation.* The Ronald Press Company, New York.
Bini, L. (1938) Experimental researches on epileptic attacks induced by the electric current. *American Journal of Psychiatry,* 94, 172.
Bion, W.R. (1961) *Experiences in Groups.* Tavistock, London.
Bird, E.D., Spokes, E.G., Barnes, J., MacKay, A.V.P., Iverson, L.L. and Shepherd, M. (1977) Increased brain dopamine and reduced glutamic acid decarboxylase and choline acetyl transferase activity in schizophrenic and related psychoses. *Lancet,* 2, 1157–9.
Birtchnell, J. (1971) Birth rank and mental illness. *Nature,* 234, 485–7.
Black, N. (1936) The value and application of hydrotherapy in a mental hospital. *Psychiatric Quarterly,* 10, 34–44.
Blanchard, E.B. and Herson, M. (1976) Behavioral treatment of hysterical neurosis: symptoms substitution and symptom return reconsidered. *Psychiatry,* 39, 118–29.
Bleuler, E. (1911) *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien.* F. Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'Dementia praecox or the group of schizophrenias'. (J. Zinken, translator). International Universities Press, New York, 1950.)
Bloom, B.L. (1973) *Community Mental Health: A Historical and Critical Analysis.* General Learning Press, Morristown.
Bloom, L.J. and Snyder, C.R. (1976) The phantom limb phenomenon. *Rehabilitation Psychology,* 23(3), 91–6.
Blum, G.S. (1954) An experimental reunion of psychoanalytic theory with perceptual vigilance and defense. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 49, 94–8.
Blum, G.S. (1955) Perceptual defense revisited. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 51, 24–9.
Blum, J.D. (1978) On changes in psychiatric diagnosis over time. *American Psychologist,* 33(11), 1017–31.
Boas, F. (1919) *Mind of Primitive Man.* Macmillan, New York.

Handbook of Psychiatry, 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry.* Basic Books, New York.

Bemporad, J.R. and Pinsker, H. (1974) Schizophrenia: the manifest symptomatology. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry.* Basic Books, New York.

Bender, L. (1938) *A Visual Motor Gestalt Test and its Clinical Use.* American Orthopsychiatric Association Research Monographs, No.3.

Bender, L. (1946) *Instructions for the Use of the Visual Motor Gestalt Test.* American Orthopsychiatric Association, New York.

Benedict, R. (1934a) Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, 10, 59–80.

Benedict, R. (1934b) *Patterns of Culture.* Houghton, Mifflin, Boston.

Benne, K.D. (1964) History of the T-group in the laboratory setting. In L.P. Bradford, J.R. Gibb & K.D. Benne (eds.) *T-Group Theory and Laboratory Method: Innovation in Re-Education.* John Wiley, New York.

Bennett, D. (1978) Community psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 132, 209–20.

Benoit, R.B. and Mayer, R.G. (1975) Timeout: guidelines for its selection and use. *Personnel and Guidance Journal*, 53(7), 501–5.

Benson, F.D. and Geschwind, N. (1975) Psychiatric conditions associated with focal lesions of the central nervous system. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* 2nd edn. Vol.4: *Organic Disorders and Psychosomatic Medicine.* Basic Books, New York.

Benton, A.L. (1963) *The revised Visual Retention Test: clinical and experimental applications.* Psychological Corporation, New York.

Benton, A.L. (1967) Constructional apraxia and the minor hemisphere. *Confina Neurologica*, 29, 1–16.

Benton, A.L. (1969) Disorders of spatial orientation. In P.J. Vinken & G.W.Bruyn (eds.) *Handbook of Clinical Neurology.* Vol.3: *Disorders of Higher Nervous Activity.* North-Holland Publishing, Amsterdam.

Benton, A.L. (1973a) The measurement of aphasic disorders. In A.Caceres Valesquez (ed.) *Aspectos Patologicos del Lenguaje.* Centro Neuropsicologico, Lima.

Benton, A.L. (1973b) Minimal brain dysfunction from a neuropsychological standpoint. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 205, 29.

Berger, F.M. (1976) Commentary: present status of clinical psychopharmacology. *Pharmacology and Therapeutics* 19(6), 725–31.

Bergin, A.E. (1966) Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *International Journal of Psychiatry*, 3, 136–50.

Bergin, A.E. (1967) An empirical analysis of therapeutic issues. In D.S. Arbuckel (ed.) *Counseling and Psychotherapy: An Overview.* McGraw-Hill, New York.

Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (eds.) (1971) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis.* John Wiley, New York.

Berkman, P.L. (1971) Life stress and psychological well-being: a replication of Langner's analysis in the midtown Manhattan study. *Journal of Health and Social Behavior*, 12(1), 35–45.

Barry, H. and Barry, H. (1967) Birth order, family size and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 17, 435–40.
Bartlett, F. (1958) *Thinking: An Experimental and Social Study*. Basic Books, New York.
Barton, R. (1959) *Institutional Neurosis*. John Wright, Bristol.
Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. and Weakland, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251–64.
Batt, J.C. (1943) 100 depressive psychoses treated with EICs. *Journal of Mental Science*, 89, 289–96.
Baum, M. (1970) Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding). *Psychological Bulletin*, 74, 274–84.
Bavelas, J.B. (1978) *Personality: Current Theory and Research*. Brooks/Cole, Monterey, California.
Bax, M. and MacKeith, R. (eds.) (1963) *Minimal Cerebral Dysfunction*. William Heinemann Medical Books, London.
Beck, A.T. (1962) Reliability of psychiatric diagnosis: I. A critique of systematic studies. *American Journal of Psychiatry*, 119, 210–16.
Beck, A.T. (1970) Cognitive therapy: nature and relation to behaviour therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184–200.
Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock. J.E. and Erbaugh, J.K. (1962) Reliability of psychiatric diagnosis: 2. A study of consistency in clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351–7.
Becker, J. (1974) *Depression: Theory and Research*. John Wiley, New York.
Bedford, E. (1957) Emotions. *Aristotelian Society Proceedings*, 57, 281–304.
Bednar, R.L., Weet, C., Evensen, P., Lanier, D. and Melnick, J. (1974) Empirical guidelines for group therapy: pretraining, cohesion, and modelling. *Journal of Applied Behavioural Science*, 10, 149–65.
Bee, H. (1978) *The Developing Child*. 2nd edn. Harper & Row, New York.
Beebe-Center, J.G. (1932) *The Psychology of Pleasantness and Unpleasantness*. Van Nostrand, Princeton, N.J.
Beilin, H. (1957) The prediction of adjustment over a four year interval. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 270–4.
Bellak, L. (1958) *Schizophrenia: a Review of the Syndrome*. Logos Press, New York.
Bellak, L. (ed.) (1974) *A Concise Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. Grune & Stratton, New York.
Belmont, L. (1977) Birth order, intellectual competence and psychiatric status. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 97–104.
Belmont, L., Stein, Z.A. and Wittes, J. (1976) Birth order, family size and school failure. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18, 421–30.
Bem, S.L. (1975) Beyond androgyny: some presumptuous prescriptions for a liberated sexual identity. Keynote Address for APA–NIMH Conference on Research Needs of Women, Madison, Wisconsin, 31 May.
Bemporad, J.R. (1974) Cognitive development. In S.Arieti (ed.) *American*

Bandura, A. (1969) *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Bandura, A. (1971) Psychotherapy based upon modeling principles. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. John Wiley, New York.

Bandura, A. (1974) Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 29, 859–69.

Bandura, A. (1975) The ethics and social purposes of behavior modification. In C.M. Franks & G.T. Wilson (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy Theory and Practice*: 1975. Brunner/Mazel, New York.

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191–215.

Bandura, A., Blanchard, E.B. and Ritter, R. (1969) The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173–99.

Bandura, A., Ross, D. and Ross, S.A. (1961) Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575–82.

Bandura, A., Ross, D. and Ross, S.A. (1963) Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3–11.

Bandura, A. and Walters, R. (1963) *Social Learning and Personality Development*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Bannister, D. (1968) The logical requirements of research into schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 114, 181–8.

Barber, T.X. (1969) An empirically-based formulation of hypnotism. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(2), 100–30.

Barbizet, J. (1963) Defect in memorizing of hippocampal–mammilary origin: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 26, 127–35.

Bard, P. (1934) Emotion: I. The neuro-humoral basis of emotional reactions. In C.Murchison (ed.) *Handbook of General Experimental Psychology*. Clark University Press, Worcester, Mass.

Barker, J.C. and Baker, A.A. (1959) Deaths associated with electroplexy. *Journal of Mental Science*, 105, 339–48.

Barker, R.G., Dembo, T. and Lewin, K. (1941) Frustration and regression: an experiment with young children. University of Iowa Studies in Child Welfare, 18, No.1, 1–314.

Barnhart, C.L. and Barnhart, R.K. (eds.) (1978) *The World Book Dictionary*. Doubleday, New York.

Barrett, C.L., *et al.* (contributing consultants) (1972) *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. CRM Books, Del Mar, California.

Barry, H., Bacon, M. and Child, E. (1957) A cross-cultural survey of some sex differences in socialization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 327–32.

Barry, H. and Barry, H.Jr. (1961) Season of birth. *Archives of General Psychiatry*, 5, 292–300.

(ed.) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.

Ash, P. (1949) The reliability of psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 272–6.

Ashworth, P. (1976) Some notes on phenomenological approaches in psychology. *Bulletin of the British Psychological Society*, 29, 363–8.

Atkinson, J.W. (1953) The achievement motive and recall of interrupted and completed tasks. *Journal of Experimental Psychology*, 46, 381–90.

Ausubel, D.P. (1958) *Drug Addiction: Physiological, Psychological, and Sociological Aspects*. Random House, New York.

Ausubel, D.P. (1961) Personality disorder is disease. *American Psychologist*, 16, 69–74.

Averill, J.R. (1969) 'Emotion' and 'disease': an analogy. Paper presented at Annual Convention of the Western Psychological Association, Vancouver.

Ax, A.F. (1953) The physiological differentiation between fear and anger in humans. *Psychosomatic Medicine*, 15, 433–42.

Ayllon, T. (1963) Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 1, 53–62.

Ayllon, T. and Azrin, N.H. (1968) *The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Bach, G.R. (1966) The marathon group: intensive practice of intimate interactions. *Psychological Reports*, 181, 995–1002.

Bak, R.C. (1946) Masochism in paranoia. *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 285–301.

Bakan, D. (1949) The relationship between alcoholism and birth rank. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 10, 434–40.

Bakan, D. (1965) The mystery–mastery complex in contemporary psychology. *American Psychologist*, 20, 186–91.

Bakan, D. (1968) *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*. University of Chicago Press, Chicago.

Balson, P.M. (1973) Encopresis: a case with symptom substitution. *Behavior Therapy*, 4, 134–6.

Bandura, A. (1961) Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58, 143–59.

Bandura. A. (1962) Social learning through imitation. In M.R. Jones (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*, 1962. University of Nebraska Press, Lincoln.

Bandura, A. (1965) Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589–95.

Bandura, A. (1968) A social learning interpretation of psychological dysfunctions. In P.London & D.Rosenhan (eds.) *Foundations of Abnormal Psychology*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Andersen, R. (1972) Differences in the course of learning as measured by various memory tasks after amygdalectomy in man. In E. Hitchcock, L. Laitinen & K. Vaernet (eds) *Psychosurgery*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.
Anderson, H.H. and Anderson, G.L. (1951) *An Introduction to Projective Techniques and Other Devices for Understanding the Dynamics of Human Behavior*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
Anderson, T.W. (1977) New horizons for vitamin C. *Nutrition Today*, 12(1), 6–13.
Angst, J. (1969) *Die somatische Therapie der Schizophrenie*. Georg Thieme, Stuttgart.
Appelbaum, A. (1972) A critical re-examination of the concept of 'motivation for change' in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-analysis*, 53(1), 51–9.
Apte, R. (1967) The local authority hostel as a transitional institution. In H. Freeman & J. Farndale (eds.) *New Aspects of the Mental Health Services*. Pergamon Press, London.
Arieti, S. (ed.) (1959a) *American Handbook of Psychiatry*. Basic Books, New York.
Arieti, S. (1959b) Schizophrenia: the manifest symptomatology, psychodynamic and formal mechanisms. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol.1. Basic Books, New York.
Arieti, S. (ed.) (1974–5) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Basic Books, New York.
Arieti, S. (1974a) American neo-Freudian schools: c. The cognitive-volitional school. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
Arieti, S. (1974b) Affective disorders: manic depressive psychosis and psychotic depression: manifest symptomatology, psychodynamics, social factors, and psychotherapy. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
Arieti, S. (1977) Parents of the schizophrenic patient: a reconsideration. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 5(3), 347–58.
Arieti, S. and Meth, J.M. (1959) Rare, unclassifiable, collective, and exotic psychotic syndromes. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol.1. Basic Books, New York.
Arnold, M.B. (1945) Physiological differentiation of emotional states. *Psychological Review*, 52, 35–48.
Arnold, M.B. (1961) *Emotion and Personality*. Cassell, London.
Asch, S.E. and Witkin, H.A. (1948a) Studies in space orientation: I. Perception of the upright with displaced visual fields. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 325–37.
Asch, S.E. and Witkin, H.A. (1948b) Studies in space orientation: II. Perception of the upright with displaced visual fields and with body tilted. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 455–77.
Ascher, E. (1974) Motor syndromes of functional or undetermined origin: tics, cramps, Gilles de la Tourette's disease, and others. In S. Arieti

Affleck, D.C., Strider, F.D. and Helper, M.M. (1968) A clinical psychologist–assistant approach to psychodiagnostic testing. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 32(4), 317–22.
Akhtar, W., Wig, N.N., Varma, V.K., Pershad, D. and Verma, S.K. (1975) A phenomenological analysis of symptoms in obsessive–compulsive neurosis. *British Journal of Psychology*, 127, 342–8.
Akutagawa, D. (1968) Basic concepts of anxiety: a synthesis. *Psychology*, 5(1), 29–49.
Albert, R.S., Brigante, T.R. and Chase, M. (1959) The psychopathic personality: a content analysis of the concept. *Journal of General Psychology*, 60, 17–28.
Alberti, R.E. and Emmons, M.L. (1974) *Your Perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. Impact, San Luis Obispo, California.
Alexander, F. (1946) Individual psychotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 8, 110–15.
Alexander, F. (1950) *Psychosomatic Medicine*. Norton, New York.
Alexander, F. and Szasz, T.S. (1952) The psychosomatic approach in medicine. In F. Alexander & H. Ross (eds.) *Dynamic Psychiatry*. University of Chicago Press, Chicago.
Allport, G.W. (1937) *Personality: A Psychological Interpretation*. Holt, New York.
Allport, G.W. (1961) *Pattern and Growth in Personality*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
Allport, G.W., Bruner, J.S. and Jandorf, E.M. (1941) Personality under social catastrophe: ninety life histories of the Nazi revolution. *Character and Personality*, 10, 1–22.
Altrocchi, J. (1980) *Abnormal Behavior*. Harcourt Brace Jovanovich, New York.
Altus, W.D. (1966) Birth order and its sequelae. *Science*, 151, 44–9.
Ambrosino, S.V. (1976) Depersonalization: a review and rethinking of a nuclear problem. *American Journal of Psychoanalysis*, 36, 105–18.
American Psychiatric Association (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1st edn. (DSM–I). American Psychiatric Association, Washington, DC.
American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd edn. (DSM–II). American Psychiatric Association, Washington, DC.
American Psychiatric Association (1973) *Megavitamins and Orthomolecular Therapy in Psychiatry: A Report of the APA Task Force on Vitamin Therapy in Psychiatry*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
American Psychiatric Association (1974) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd edn. (DSM–II). 7th printing. American Psychiatric Association, Washington, DC.
American Psychiatric Association (1980) *DSM–III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
Anastasi, A. and Foley, J.P. (1949) *Differential Psychology: Individual and Group Differences in Behaviour*. Macmillan, New York.

References

Abraham, J.J. (1912) Latâh and amok. *British Medical Journal*, 438–9.

Abraham, K. (1921) The influence of oral erotism on character formation. (Reprinted in *Selected Papers on Psychoanalysis*. The Hogarth Press, 1948.)

Abramson, L.Y. and Seligman, M.E.P. (1977) Modeling psychopathology in the laboratory: history and rationale. In J.D. Maser & M.E.P. Seligman (eds.) *Psychopathology: Experimental Models*. W.H. Freeman, San Francisco.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. and Teasdale, J.D. (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.

Abse, D.W. (1974) Hysterical conversion and dissociative syndromes and the hysterical character. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.3: *Adult clinical psychiatry*. Basic Books, Inc., New York.

Ackerman, N.W. (1966) *Treating the Troubled Family*. Basic Books, New York.

Ackner, B. and Oldham, A.J. (1962) Insulin treatment of schizophrenia. *Lancet*, 1, 504–6.

Adams, A.R.D. (1950–2) Amok. *British Encyclopedia of Medical Practice*. Vol.8. Butterworth, London.

Adams, B.N. (1972) Birth order: a critical review. *Sociometry*, 35, 411–39.

Adams, J.A. and Boulter, L.R. (1962) An evaluation of the activational hypothesis of human vigilance. *Journal of Experimental Psychology*, 64(5), 495–504.

Adler, A. (1907) *The Study of Organ Inferiority and its Physical Compensations*. Nervous and Mental Diseases Publishing Company, New York.

Adler, A. (1926) *The Neurotic Constitution*. Dodd, Mead, New York.

Adler, A. (1931) *What Life Should Mean to You*. Little, Brown, Boston.

Adler, A. (1964) *Social Interest: A Challenge to Mankind*. Putnam (Capricorn Books), New York.

Adler, G. (1967) Methods of treatment in analytical psychology. In B.B. Wolman (ed.) *Psychoanalytic Techniques*, Basic Books, New York.

المدخل إلى
علم النفس المرضي الإكلينيكي





